

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

299

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 avril 1899 à 1 heure

Par FÉLIX TARDIF

Né à Clermont-Ferrand, le 17 février 1870

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Ivry, 1897. — Chardon-Lagache, 1898

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION L'ÉTUDE CLINIQUE

DE QUELQUES

ANALGÉSIES VISCÉRALES PROFONDES

Dans l'ataxie locomotrice progressive

(Analgésies trachéale, mammaire, épigastrique et testiculaire)

Président : M. RAYMOND, professeur.

Juges : MM.

CHANTEMESSE, professeur.

CHARRIN et LANGLOIS, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

299

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 avril 1899 à 1 heure

Par FÉLIX TARDIF

Né à Clermont-Ferrand, le 17 février 1870

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris

Ivry, 1897. — Chardon-Lagache, 1898

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION L'ÉTUDE CLINIQUE
DE QUELQUES

ANALGÉSIES VISCÉRALES PROFONDES

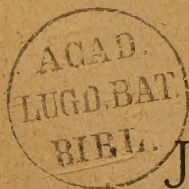
Dans l'ataxie locomotrice progressive

(Analgsies trachéale, mammaire, épigastrique et testiculaire)

Président : M. RAYMOND, professeur.

*Juges : MM. { CHANTEMESSE, professeur.
CHARRIN et LANGLOIS, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,
A MA GRAND-MÈRE

Hommage de reconnaissance.

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Médecin des hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE QUELQUES

ANALGÉSIES VISCÉRALES PROFONDES

Dans l'ataxie locomotrice progressive

(ANALGÉSIES TRACHÉALE, MAMMAIRE, ÉPIGASTRIQUE ET TESTICULAIRE)

PRÉLIMINAIRES

Dans le journal de Neurologie du 20 octobre 1898, le P^r A. Pitres, de Bordeaux, faisait paraître un travail original sur l'analgésie épigastrique profonde chez les tabétiques. Déjà en novembre 1891 dans la *Revue de Médecine* MM. Bitot et Sebrazès, sous son inspiration, s'occupaient des analgésies et des atrophies testiculaires dans le tabès et un autre de ses élèves, le D^r Rivière, faisait de ces mêmes analgésies le sujet de sa thèse inaugurale (Bordeaux 1886).

Enfin tout récemment, M. Sicard, interne du professeur Raymond, dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux (17 février 1899), décrivait une autre anal-

gésie jusque-là ignorée, l'analgésie trachéale profonde dans certains cas de tabès.

Notre attention fut attirée par ces faits et nous recherchâmes ces signes chez nombre de malades des services du professeur Raymond à la Salpêtrière et de M. le Dr Gombault à l'hospice d'Ivry.

Ce sont ces observations que nous publions dans cette thèse où nous nous occuperons surtout de l'étude clinique de ces analgésies, laissant un peu dans l'ombre l'anatomie pathologique et la pathogénie, qui, avec nos moyens actuels d'investigations, échappent à notre examen.

Mais avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser tous nos remerciements aux maîtres qui nous ont guidé et encouragé dans notre tâche et nous ont initié aux difficultés de la clinique.

Notre première pensée sera pour notre premier maître le regretté professeur Ledru, ancien directeur de l'école de Médecine de Clermont-Ferrand.

Les professeurs Bousquet, Tixier et Fouriaux ont été tour à tour pour nous des maîtres bienveillants et éclairés. Ils ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale, nous leur en sommes profondément reconnaissant.

A Paris, nous avons eu la bonne fortune d'être successivement l'externe de MM. Moizard, Besnier et Troisier, médecins des hôpitaux. Ils nous ont prodigué leurs conseils et ont bien voulu nous aider de leur savoir et de leur expérience : qu'ils reçoivent nos sincères remerciements.

Pendant un temps qui nous a paru trop court, nous avons pu profiter des savantes leçons de MM. Widal et Vaquez, professeurs agrégés et de MM. Darier, Klippel et

Lebreton, médecins des hôpitaux. Nous leur adressons l'hommage de notre profonde gratitude.

Enfin nous n'oublierons jamais l'année que nous avons passée à l'hôpital d'Ivry comme interne provisoire de M. le Dr Gombault, médecin des hôpitaux. Sa bienveillance à notre égard a été telle que nous ne savons comment l'en remercier. Nous gardons de lui un souvenir ineffaçable.

Nous sommes heureux que notre thèse nous fournisse l'occasion de remercier notre ami Sicard de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Que M. le professeur Raymond veuille bien accepter l'hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse et pour la libéralité avec laquelle il nous a permis de prendre de nombreuses observations dans son service.

HISTORIQUE (1)

Faire l'historique complet de l'ataxie locomotrice serait un travail par trop considérable et qui n'entre pas dans notre sujet. Nous ne ferons que signaler en passant les principaux auteurs qui se sont occupés de la question.

C'est dans l'ouvrage d'Ollivier d'Angers (2) que nous retrouvons les premières observations pouvant s'adresser à l'ataxie.

Plus tard, le P^r Cruveilhier (Observ. de la Salpêtrière, 1838) et Bouillaud en parlent; mais il ne s'agissait là que de trouvailles d'autopsie et ces auteurs n'avaient aucune idée des symptômes correspondants à ces lésions.

Vers cette même époque (1857) les médecins allemands et en particulier Romberg de Berlin (3) et Virchow (4), en tracent une esquisse sous le nom de *tabes dorsualis*. Mais c'est surtout à Duchenne de Boulogne (5) (1858), qui donna à la maladie le nom d'ataxie locomotrice pro-

1. Voir thèse Doctorat. Dujardin-Beaumetz. Paris 1862. *De l'ataxie locomotrice*.

2. *Maladies de la moelle épinière*, T. II, p. 455, 2^e édit., 1835.

3. *Traité des maladies nerveuses*, 1851.

4. *Pathologie cellulaire*, p. 225.

5. Séance de l'Académie des sciences (29 nov. 1858). *Archives générales de Médecine* (juillet 1852 et suivants).

gressive, que nous devons une description approfondie de cette affection. Cet auteur montra que ces malades que l'on englobait avant lui sous le nom de paraplégiques n'étaient pas à proprement parler des paralytiques; qu'ils avaient conservé une force musculaire à peu près intacte, et qu'en réalité ce qui leur manquait c'était le libre contrôle de leurs mouvements.

En France nombre d'auteurs et en particulier Landry (1), Trousseau (2) se montrèrent chauds partisans de cette entité morbide. Et les travaux plus récents de Topinard, de Dujardin-Beaumetz, de Marcé (3), de Jaccoud, Westphal, de Vulpian, de Charcot (4) etc., etc., augmentèrent ou fixèrent nos connaissances à ce sujet.

Aujourd'hui les troubles d'incoordination, et les troubles sensitifs, grâce en particulier aux travaux de l'Ecole de la Salpêtrière, sont bien connus. Les anesthésies ont fait l'objet d'études complexes que nous ne pouvons passer en revue. Nous nous bornons à exposer quelques-unes de ces analgésies viscérales profondes qui dans ces dernières années ont fixé l'attention de nombreux neurologistes.

On connaît déjà l'anesthésie de la vessie, de l'urèthre; du rectum (5). Le professeur Pitres (6) de Bordeaux et

1. Landry. *Nosographie*. T. V. p. 317. Paris 1846.

2. *Clinique médicale*. Hôtel-Dieu de Paris 6^e édition, p. 601.

3. Marcé. *Thèse agrégation*, 1860.

4. Charcot. *Leçons de la Salpêtrière*, 1877.

5. Trifaud. *Des troubles de la sensibilité dans l'ataxie locomotrice*. Thèse, Paris, 1876.

6. A. Pitres. *Journal de Neurologie*, 20 octobre 1898, p. 413.

avec lui MM. Rivière (1) Bitot et Sabrazes (2) ont signalé l'existence d'anesthésies testiculaires, épigastriques et mammaires, enfin M. Sicard (3) vient de faire une communication sur l'analgésie trachéale.

Guidés par leurs travaux et par nos observations personnelles nous allons essayer de montrer ce que sont ces analgésies trachéale, épigastrique, mammaire et testiculaire.

Nous donnerons tout d'abord, la manière de procéder à leurs recherches ; nous montrerons ensuite leurs rapports avec d'autres analgésies ou hyperalgésies locales chez les mêmes malades : Dans un troisième chapitre, nous exposerons rapidement les maladies autres que le tabès, dans lesquelles on retrouve, quoiqu'à un moindre degré, ces analgésies. Enfin nous terminerons par quelques considérations sur la pathogénie, le pronostic et le traitement de ces analgésies profondes.

1° — *Analgésie trachéale profonde* (4).

Si chez un sujet sain, dont on a fléchi légèrement la tête, on percute, ou surtout, si on comprime légèrement

1. Rivière. *Anesthésie et atrophie testiculaires dans l'ataxie locomotrice*. Thèse doctorat, Bordeaux, 1896.

2. Bitot et Sabrazès. *Analgésie et atrophie testiculaires dans l'ataxie*. *Revue de Médecine*, nov. 1891, p. 897.

3. A. Sicard. *Bulletin de la Société Médicale*, 23 février 1899 p. 199.

4. A. Sicard, *loco citato*.

avec le doigt la trachée au-dessous de l'anneau cricoïdien et directement sur la ligne médiane, on provoque une sensation d'angoisse douloureuse très particulière, avec irradiations également pénibles se faisant tantôt des deux côtés de la région cervicale, tantôt se propageant du côté du médiastin, tantôt au contraire remontant vers la base de la langue. Cette sensation angoissante persiste un certain temps au niveau de la région comprimée : chez certains sujets normaux elle ne s'efface complètement qu'après deux ou même cinq minutes. Cette épreuve peut quelquefois provoquer quelques secousses de toux ou amener quelques mouvements de déglutition chez le sujet examiné. Il est presque superflu d'ajouter qu'on doit toujours procéder à cette recherche avec douceur. Il faut dans cet examen commencer par déprimer très légèrement la peau et augmenter ensuite progressivement la pression.

On sait, en effet, qu'on a signalé dans la science des observations indiscutables de mort, à la suite de chocs sur la région laryngée, chocs incapables par eux-mêmes de provoquer la mort par étouffement. M. Minovici (1), dans sa thèse, et M. Brouardel (2), dans ses leçons sur la strangulation et la pendaison en citent quelques cas. Ces phénomènes sont dus probablement à l'excitation, à l'irritation du plexus profond pneumo-sympathique. Brown-Séquard, dans sa théorie de l'inhibition, rappelle ces faits et insiste sur les effets produits par l'irritation des laryngés supérieur et inférieur.

1. Minovici. *Etude médico-légale sur la mort subite, à la suite de coups sur l'abdomen et le larynx*, Th. de Doctorat, Paris, 1888.

2. Brouardel. *La Pendaison*, Baillière, Paris, 1897.

Ainsi donc chez le sujet sain, au devant de la région laryngo-trachéale et immédiatement au-dessous de l'anneau cricoïdien, il existe un endroit capable de réagir à la compression légère par une sensation profonde douloureuse très particulière, pouvant aller dans certains cas exceptionnels jusqu'à la lipotymie et la syncope.

Le frôlement, la titillation, le pincement, la piqûre des parties cutanées ou musculaires de cette région ne provoquent aucun phénomène de même ordre.

Pour l'explication de ces faits on ne saurait invoquer un rétrécissement du calibre trachéal produit artificiellement : la compression digitale reste toujours légère, permettant le libre accès de l'air ; et le jeu de la phonation et de la respiration n'est nullement entravé. Au contraire si l'on se rappelle que larynx est innervé par deux nerfs, le pneumogastrique et le sympathique qui, toujours associés l'un à l'autre, se distribuent à la muqueuse, à la couche musculaire et aux glandes de cet organe, on comprend très bien que la compression même légère puisse exciter et irriter les filets de ce plexus pneumo-sympathique qui réagit en donnant lieu à une sensation angoissante très particulière.

Or, contrairement à ce qu'on observe chez le sujet sain, ces mêmes phénomènes d'angoisse ont souvent complètement disparu ou du moins sont très atténués chez les tabétiques.

M. Sicard qui a observé cette analgésie chez 33 tabétiques du service de M. le professeur Raymond donne la statistique suivante :

Sur ces 33 cas, 11 présentaient une indifférence absolue au choc ou à la compression pré-trachéale.

15, n'accusaient une souffrance qu'après une compression prolongée et exercée avec une certaine force : chez ces derniers, la sensation était de courte intensité et disparaissait sitôt la pression digitale supprimée.

Enfin chez sept tabétiques la sensation angoissante présentait les mêmes caractères et la même intensité que chez l'individu normal.

Notre statistique porte sur un nombre à peu près égale de cas pris dans les services de MM. Raymond et Gombault.

Sur 26 observations nous avons trouvé une analgésie complète dans 10 cas, une analgésie incomplète dans 4 cas, enfin dans 7 cas la sensation était aussi vive que chez le sujet sain.

Nous ajouterons que nous avons éliminé avec soin de nos observations les malades atteints d'hystérie ou d'autres affections nerveuses pouvant comme le tabes entraîner l'analgésie trachéale.

Mais à côté de ces modifications d'analgésie ou d'hypoalgésie, nous pouvons mettre en parallèle certains cas d'hyperalgésie. M. Sicard dans sa communication cite l'observation de deux femmes tabétiques atteintes de crises laryngées, chez lesquelles la compression trachéale la plus légère, provoquait des spasmes du larynx et des quintes coqueluchoïdes.

Dans nos observations, n° VIII, X, XIV (femmes) et III (hommes) nous citons le cas de femmes et d'hommes ayant eu des spasmes laryngés, s'accompagnant d'efforts,

de toux coqueluchoïde ; de cyanose. Une même d'entre elles, Marie Le C..., âgée de 70 ans (Salle Brezin, n° 13). Obs. XV, à la suite d'un léger attouchement, eut une syncope subite.

Ces cas se présentent surtout chez les malades ayant eu dans le cours de leur maladie des crises laryngées assez violentes (la dernière malade cependant n'en avait pas eu). De là le précepte dans la recherche de l'analgésie trachéale, d'agir avec prudence et d'interroger soigneusement le patient sur la marche de sa maladie et sur l'existence possible de crises laryngées antérieures.

II. — *Analgésie mammaire.*

On sait que lorsqu'on comprime légèrement avec le pulpe des doigts la glande mammaire d'une femme, on provoque une sensation douloureuse assez vive. Cette même sensation peut être obtenue, mais à un moindre degré lorsqu'avec la paume de la main on aplatit en quelque sorte la glande contre la paroi thoracique. Les femmes normales chez lesquelles nous avons procédé à la pression de la glande éprouvaient des sensations diverses. Les unes comparaient cette sensation à celle d'une griffe s'enfonçant dans les chairs, pour d'autres c'étaient des aiguilles qui leur entraient dans la peau, d'autres éprouvaient une simple sensation de constriction au niveau de la glande, mais avaient des irradiations douloureuses remontant en haut vers le cou, ou encore suivant les espaces intercostaux ; enfin la palpation la plus légère chez d'autres encore était tellement douloureuse qu'elles

poussaient des cris et sursautaient au moindre contact. Comme pour la recherche de l'analgésie trachéale la palpation doit toujours être faite avec prudence et progressivement.

Il est difficile d'expliquer la pathogénie de ces sensations. Peut-être sont-elles dues comme pour l'analgésie trachéale à la compression des nerfs du parenchyme glandulaire, c'est-à-dire à l'excitation des 3^e, 4^e et 5^e intercostaux (1).

Chez les femmes tabétiques il en est tout autrement. Reportons-nous aux observations II, III, IV, VI, VII, IX, X, XIV, etc. Nous y voyons que :

Chez huit tabétiques l'analgésie était complète. On pouvait comprimer avec force le parenchyme glandulaire sans provoquer la moindre douleur.

Chez deux tabétiques l'analgésie était incomplète, une pression forte était seule ressentie.

Chez six tabétiques la sensation était aussi vive que chez les femmes normales.

Nous n'avons pas trouvé de cas d'hyperalgésie.

III. — *Analgésie épigastrique* (2).

Chez le sujet sain, la compression brusque du creux épigastrique, détermine une sensation douloureuse très spéciale, accompagnée d'angoisse et de défaillance lipo-

1. P. Sébilleau. *Démonstrations d'anatomie*, Paris, 1892.

2. A. Pitres. *Journal de Neurologie. De l'analgésie épigastrique profonde chez les tabétiques*, 20 octobre, 1898.

thymique, sensation que tout le monde connaît, car il n'est personne qui ne l'ait quelquefois éprouvée.

Tout le monde sait aussi que les chocs violents sur le creux de l'estomac sont parfois suivis d'accidents sérieux. Il existe dans la science un bon nombre d'exemples de syncopes prolongées et même de morts subites survenues à la suite de coups accidentellement portés sur l'épigastre (1).

Après les nombreuses expériences faites par Tarchanoff, Mayer et Pribraus, Naumann, Francois Franck sur les viscères intra-abdominaux d'animaux et leurs ganglions et nerfs abdominaux, expériences suivies souvent de mort, il paraît légitime d'attribuer ces phénomènes à l'excitation des ganglions semi-lunaires et du plexus solaire. Ceux-ci se trouvant placés immédiatement en arrière du creux de l'estomac, sont nécessairement comprimés par toutes les violences qui tendent à rapprocher l'épigastre de la colonne vertébrale.

Dans certaines maladies et principalement dans le tabès la sensibilité de l'épigastre, si vive à l'état normal, fait complètement défaut. En procédant avec prudence, on peut comprimer fortement le creux de l'estomac, le frapper avec le poing ou avec des corps durs sans que les malades en éprouvent aucun malaise. Pour cela on devra commencer par déprimer légèrement avec le bout des doigts le creux de l'estomac. Si le malade ne s'en

1. Engel. *De la syncope d'origine traumatique*, Thèse de Doctorat. Paris, 1877. Brouardel. *La mort et la mort subite*. Paris, 1895, p. 166.

plaint pas, on augmente graduellement la pression et s'il tolère ainsi une pression très énergique, on peut alors frapper avec le poing fermé un certain nombre de coups d'abord faibles, puis de plus en plus forts. Quand la sensibilité épigastrique est simplement affaiblie, les malades supportent sans la moindre douleur, des pressions très énergiques, mais sont incommodés par des chocs brusques. Quand elle est abolie, ils n'éprouvent aucune sensation pénible à la suite de coups très violents frappés sur l'épigastre.

La fréquence de cette analgésie est assez grande.

Sur 50 tabétiques examinés par M. Pitres on trouve :

Sensibilité épigastrique profonde normale 28 fois.

— — — — — affaiblie 13 — »

— — — — — abolie 9 — »

D'où il résulte que dans près de la moitié des cas (22 fois sur 50), l'épigastre est moins sensible à la pression et aux coups qu'à l'état normal, et que dans un 5^e des cas il est complètement analgésique.

Notre statistique propre porte sur 26 cas. Sur ces 26 cas nous avons trouvé :

Sensibilité épigastrique profonde normale 7 cas.

— — — — — affaiblie 9 cas.

— — — — — abolie 8 cas.

Dans un cas, observation n° XIII, nous avons trouvé de l'hyperalgésie chez un malade ayant eu auparavant des crises gastriques. Dans un autre cas (Obs. n° 2) un vaste épanchement ascitique nous a empêché de rechercher cette analgésie.

IV. — *Analgsie testiculaire* (1).

La contusion légère du testicule, chez un homme sain, détermine une douleur excessivement forte, *sui generis*, dont il se rend très bien compte et qui, si elle est trop vive, peut entraîner la syncope.

La pression développe une douleur analogue, moins intense il est vrai, mais parfaitement appréciable. Cette douleur doit vraisemblablement être mise sur le compte de l'excitation ou de l'irritation des nerfs qui, venus du plexus spermatique, se répandent dans la glande séminale.

Or, chez bon nombre de tabétiques, la pression et même la contusion légère n'occasionnent aucune sensation désagréable. On peut serrer les deux testicules sans que le malade se plaigne. Dans d'autres cas l'analgsie peut exister mais à un moindre degré. Le malade n'est pas incommodé par la pression légère mais l'est par la pression forte et la contusion. L'analgsie est alors incomplète.

M. le professeur Pitres (2) a examiné les tabétiques de ses salles pour savoir quelle était le degré de fréquence de cette analgsie.

Il a trouvé que sur 5 tabétiques :

3 avaient de l'anesthésie testiculaire avec des testicules normaux.

1. Rivière. *Loco citato*.

Bitot et Sabrazès. *Lococitato*.

2. A. Pitres. *Société anatomique de Bordeaux*, 1886.

1 avait conservé sa sensibilité.

1 avait de l'anesthésie et en même temps présentait de l'atrophie avancée des deux testicules.

M. Rivière, dans sa thèse, sur 20 tabétiques qu'il a observés, donne la statistique suivante :

Dans 9 cas l'analgésie était complète sans atrophie testiculaire.

Dans 4 cas l'analgésie était incomplète sans atrophie testiculaire.

Dans 2 cas l'analgésie était incomplète avec atrophie.

Dans 4 cas il n'y avait ni analgésie, ni atrophie.

Dans 1 cas il n'y avait pas d'analgésie mais atrophie.

MM. Bitot et Sabrazès dans leur travail original arrivent à un résultat à peu près analogue.

L'examen de 37 tabétiques avérés leur a donné le résultat suivant :

Testicules normaux des 2 côtés.	9
Testicules nettement hypoalgésiques d'un côté. . .	2
— — des deux côtés.	8
Testicules absolument analgésiques d'un côté. . .	1
— — des 2 côtés.	17

Notre statistique propre porte sur 10 tabétiques.

Chez ces tabétiques nous trouvons :

Analgésie complète avec atrophie	2
Analgésie — sans —	3
Analgésie incomplète avec atrophie.	0
— sans —	2
Pas d'analgésie avec atrophie.	1
— sans —	1
Hyperalgésie sans atrophie.	1

Comme dans les analgésies trachéale et épigastrique il existe aussi à côté de l'anesthésie testiculaire, des hyperalgésies. L'obs. IX nous montre un tabétique n'ayant pas d'atrophie des deux testicules et chez lequel la moindre pression était extrêmement douloureuse. Ce malade avait d'ailleurs depuis longtemps des crises testiculaires avec irradiations à la verge, aux aines à la face interne des 2 cuisses et à l'anus.

Ainsi donc pour nous résumer nous dirons qu'à côté des anesthésies communes du tabès il existe des anesthésies viscérales profondes. Ces anesthésies sont trachéale, mammaire, épigastrique et testiculaire.

Leur degré de fréquence est assez considérable. En consultant les diverses statistiques on peut admettre que :

L'analgésie trachéale se rencontre dans *les deux tiers des cas environ*. Les analgésies complètes et incomplètes étant comprises dans ces cas.

L'analgésie mammaire se montre dans un peu plus de la moitié des cas.

L'analgésie épigastrique existe dans la moitié des cas.

L'analgésie testiculaire se rencontre dans les deux tiers des cas.

Les cas d'hyperalgésie sont rares et leur existence semble coïncider avec des crises laryngées gastriques et testiculaires.

- DEUXIÈME PARTIE

Les analgésies viscérales profondes, trachéale, mammaire, épigastrique et testiculaire étant si fréquentes chez les tabétiques, il n'est pas sans intérêt de savoir si elles sont habituellement associées à d'autres troubles sensitifs ou viscéraux appartenant à la symptomatologie ordinaire du tabes.

Or, lorsqu'on parcourt les diverses observations à ce sujet, on peut faire les remarques suivantes :

1° Il n'y a aucun rapport entre l'affaiblissement ou l'abolition de la sensibilité profonde trachéale, mammaire, épigastrique et testiculaire et l'analgésie ou l'anesthésie superficielle des téguments recouvrant ces régions.

Par exemple l'observation IV nous met en présence d'une tabétique ayant une analgésie trachéale profonde complète qui cependant ne présente aucune perte de la sensibilité cutanée au contact et à la douleur et qui a même de l'hyperesthésie à la température. Inversement l'observation XI concerne une tabétique ne présentant pas d'analgésie profonde et ayant en revanche de l'anesthésie au contact et du retard à la douleur.

De même l'obs. XI nous montre une tabétique qui avec

une analgésie épigastrique incomplète présente une anesthésie très marquée au contact et à la douleur, tandis que l'observation I (hommes) concerne un tabétique, qui avec une analgésie complète ne présente aucune anesthésie cutanée aux trois modes.

Sur neuf tabétiques chez lesquels M. Pitres avait constaté une analgésie profonde épigastrique complète, un seul avait en même temps de l'anesthésie de la peau et la région de l'épigastre.

Sur nos 26 observations, nous trouvons en ne comptant pas les cas d'hypéralgésie :

I. — Analgésie trachéale sans anesthésie cutanée. 12 cas

—	épigastrique	—	7 cas
—	mammaire	—	6 cas
—	testiculaire	—	6 cas

II. — Analgésie trachéale avec anesthésie . . . 2 cas

—	épigastrique	—	10 cas
—	mammaire	—	4 cas
—	testiculaire	—	1 cas

III. — Pas d'analgésie trachéale mais anesthésie cutan. 2 cas

—	épigastrique	—	1 cas
—	mammaire	—	2 cas
—	testiculaire	—	0 cas

IV. — Ni analgésie trachéale, ni anesthésie . . . 5 cas

—	épigastrique	—	6 cas
—	mammaire	—	4 cas
—	testiculaire	—	2 cas

2° Il n'y a aucun rapport constant entre l'apparition de l'analgésie épigastrique et testiculaire et l'exagération ou la perte des réflexes abdominaux ou crémastériens.

Chez les 13 tabétiques de M. Pitres, à sensibilité épigastrique profonde affaiblie, le réflexe abdominal était :

Exagéré	9 fois.
Normal.	2 —
Aboli	2 —

Chez nos 26 tabétiques, dans 17 cas de sensibilité épigastrique profonde abolie ou affaiblie nous trouvons le réflexe abdominal :

Exagéré.	3 fois.
Normal.	10 —
Aboli	4 —

De même nous avons trouvé chez nos 10 tabétiques le réflexe crémastérien.

Exagéré	0 fois
Normal.	4 —
Aboli	6 —

Dans sa thèse, M. Rivière admet aussi que l'analgésie testiculaire profonde est complètement distincte de l'anesthésie cutanée du scrotum et cet avis est partagé par MM. Bitot et Sabrazes.

2° Il n'y a pas non plus de rapport nécessaire entre l'existence antérieure de crises laryngées, gastriques, angineuses ou testiculaires et la production des analgésies trachéale, épigastrique, mammaire et testiculaire.

M. Pitres avoue cependant que la proposition des cas où l'analgésie épigastrique profonde se rencontre chez

des malades ayant eu auparavant des crises gastriques est assez forte.

Sur les 22 malades chez lesquels il avait noté l'affaiblissement ou l'abolition de la sensibilité épigastrique profonde, quatorze avaient eu des crises gastriques plus ou moins violentes.

Sur nos malades nous avons trouvé :

I. — Analgésie trachéale avec crises laryngées antérieures, 1 cas.

Analgésie épigastrique avec crises gastriques, 5 cas.

— testiculaire — — — testiculaires, 0 —

4° Au contraire, la perte ou la diminution de sensation de la faim — chez les malades ayant de l'analgésie épigastrique profonde — de même que la perte ou la diminution de la puissance génitale chez les tabétiques présentant de l'analgésie testiculaire, coïncident beaucoup plus souvent.

Ainsi les malades que nous citons dans les obs. I, II (femmes) et I (hommes) ont avec une analgésie épigastrique complète une perte de la sensation de la faim. Ces malades mangent plus par habitude que par besoin. Ils ont une inappétence presque complète : tous les aliments les dégoûtent et ils n'ont pas le sentiment de réplétion de l'estomac. Cela n'empêche pas cependant la digestion des aliments de s'opérer d'une façon tout à fait normale.

M. Rivière avait consigné dans sa thèse plusieurs observations de tabétiques où à côté de l'analgésie testiculaire complète on trouvait de l'impuissance et de l'atrophie testiculaire. Mais sur 20 malades il n'en trouve guère que 3

(Obs. VII, VIII et XI de sa thèse) chez lesquels ces phénomènes soient bien marqués.

Parcourant nos observations nous trouvons que chez cinq tabétiques à analgésie complète, l'impuissance s'est révélée 5 fois et presque au début de leur maladie. Ainsi le malade (Obs. n° 1) était impuissant depuis 20 ans. Le n° 6 n'avait plus d'érection depuis 1871. Le n° 7 avait perdu sa puissance génitale depuis l'apparition des 1^{res} douleurs fulgurantes. Ajoutons que cette perte du sens génital ne peut être mise uniquement sur le compte de l'atrophie testiculaire attendu que sur les 5 cas ci-dessus mentionnés où l'analgésie était complète 2 fois seulement nous retrouvons de l'atrophie, dans les 3 autres cas les testicules étaient normaux.

Mais à côté des analgésies nous avons noté des cas d'hyperalgésie. Nous nous sommes demandés pourquoi chez certains tabétiques on retrouvait cette hyperalgésie tandis que chez d'autres l'analgésie dominait.

Or nous avons remarqué que s'il n'y a aucun rapport comme précédemment entre l'anesthésie cutanée, la perte ou la conservation des réflexes locaux et l'hyperalgésie ; on trouve au contraire souvent chez ces malades à l'origine ou dans le cours de leur maladie, des crises laryngées ou testiculaires.

Ainsi sur nos 5 cas d'hyperalgésie trachéale deux (obs. VIII et X) avaient eu des crises laryngées antérieures.

Le seul cas d'hyperalgésie gastrique (observation XIII) avait eu des crises gastriques antérieures.

Le seul cas d'hyperalgésie testiculaire (observation IX) avait eu des crises testiculaires antérieures.

5° L'âge du sujet n'est pour rien dans la présence ou l'absence des analgésies profondes ou des hyperalgésies.

En parcourant les observations on voit des vieillards ne présentant aucune analgésie alors que des sujets de 34 et 40 ans en sont atteints.

Par contre il semble que cette anesthésie soit en rapport plus direct avec le nombre d'années qui séparent le sujet du début de son tabès. L'analgésie plus ou moins complète est plus fréquente chez des malades ayant déjà plusieurs années de maladie. C'est aussi à cette conclusion que s'arrête M. le Dr Rivière dans son travail sur l'analgésie testiculaire.

Il est vrai d'ajouter que nos observations ont été prises sur des sujets hospitalisés, qui par conséquent n'entraient à l'hôpital qu'en pleine évolution tabétique. Il serait intéressant de savoir si ces analgésies se retrouvent chez des sujets au début de leur affection.

Quant à savoir si ces analgésies se retrouvent avec plus de fréquence chez des sujets antérieurement syphilitiques, cela nous est impossible.

Dans toutes nos observations nous avons pris soin d'interroger et d'examiner scrupuleusement tous nos sujets. Or, sur nos 16 observations de femmes nous n'en voyons guère que deux où la syphilis paraisse probable. Les autres n'avaient toute maladie comme de coutume, et l'examen du corps, l'interrogatoire sur les accouchements, sur les éruptions antérieures, la chute des cheveux, les maux de gorge, les médicaments pris, etc., ne nous ont rien

révélé. D'ailleurs la question n'a plus grand intérêt si avec M. le professeur Fournier (1) et nombre d'autres auteurs, nous admettons la syphilis comme constante dans le plus grand nombre des cas de tabes.

Pour résumer ce chapitre nous dirons que : les analgésies et les hyperalgésies trachéale, mammaire, épigastrique et testiculaire ne semblent avoir de rapport, ni avec les anesthésies cutanées des régions correspondantes, ni avec la perte, la conservation ou l'exagération des réflexes locaux, ni avec l'âge des sujets.

Il y aurait un rapport plus direct avec les crises gastriques, trachéales et testiculaires, avec l'âge de la malade et ces analgésies ou surtout ces hyperalgésies.

Enfin le rapport de beaucoup le plus constant existerait entre ces analgésies et la perte ou la diminution de la sensation de faim ou encore la perte de la puissance virile.

1. A. Fournier. *Leçons sur la période préataxique des tabès d'origine syphilitique.*

TROISIÈME PARTIE

Dans les chapitres précédents nous avons eu en vue le mode de recherche des analgésies viscérales profondes, et leurs rapports avec d'autres troubles sensitifs au cours du tabes.

Il nous reste maintenant à décrire leur pathogénie, leur valeur séméiologique, leur pronostic et leur traitement.

Une bonne pathogénie doit reposer sur des bases anatomo-pathologiques solides. Or rien n'est moins connu que la pathogénie des anesthésies cutanées ou viscérales profondes du tabes. Comme le font remarquer MM. Raymond et Pitres, ces anesthésies ne semblent pas directement causées par les lésions médullaires du tabes. Elles sont trop inconstantes, trop variables d'un sujet à l'autre pour qu'on soit autorisé à les rattacher à la sclérose tabétique des cordons postérieurs. Si donc nous ne pouvons admettre pour ces lésions une origine centrale médullaire, à quoi pouvons-nous les rattacher ?

Les rares autopsies faites chez des sujets atteints d'analgésie testiculaire profonde, observation 17 de la thèse

de Rivière, deux observations de Bitot et Sabrazès, nous montrent que dans les nerfs du cordon spermatique on a trouvé nombre de fibres myéliniques atrophiées. L'anesthésie testiculaire pourrait être provoquée par des névrites viscérales analogues aux névrites périphériques (1) qui déterminent certains troubles aujourd'hui bien connus, des sensibilités spéciales ou de la sensibilité générale.

Cela est possible, mais nos moyens d'investigation sur les nerfs viscéraux sont encore trop imparfaits pour qu'on soit en droit de conclure. Nous devons nous borner pour l'instant à signaler l'existence de ces analgésies : à l'anatomie pathologique de les interpréter un jour à leur juste valeur.

Nous en dirons autant de la valeur séméiologique de ces analgésies. Bien que plus constantes dans le tabès, elles existent cependant dans nombre d'affections nerveuses.

C'est ainsi par exemple que l'analgésie épigastrique profonde existe à un très haut degré dans un grand nombre de cas d'hystérie. M. Pitres (2) en cite de nombreux exemples et ces faits sont aujourd'hui bien connus. Avec M. Sicard, nous avons examiné au point de vue de l'analgésie trachéale profonde, treize hystériques femmes. Chez

1. Raymond et Arthaud. Société de biologie, juillet 1882. Déjerine. *Allération des nerfs cutanés chez les ataxiques*. Archives de physiologie, juillet 1883. Société de biologie 18 octobre 1884. Pitres et Vaillard. *Névrites tabétiques périphériques*. Revue de médecine, (juillet 1886).

2. A. Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*. Paris 1891. T. I, p. 122.

deux d'entre elles il y avait un manque absolu de réaction, chez quatre une diminution marquée, chez six une sensation angoissante normale.

Dans d'autres affections nerveuses, notamment dans la paralysie générale, dans la sclérose en plaques, on peut encore retrouver ces analgies mais à un moindre degré.

M. Pitres a examiné à ce point de vue 22 paralytiques généraux et il a trouvé :

Sensibilité épigastrique profonde normale . .	15 fois
— — — — — exagérée . .	1 —
— — — — — affaiblie . .	5 —
— — — — — abolie . .	1 —

Dans 12 cas de sclérose en plaques il a trouvé :

Sensibilité épigastrique profonde normale . .	6 fois
— — — — — exagérée . .	2 —
— — — — — affaiblie . .	3 —
— — — — — abolie . .	1 —

La statistique de M. Sicard faite dans le service de M. le professeur Raymond porte sur 7 cas de paralysie générale sans association de tabès. Or, trois fois il constate la non-réaction douloureuse trachéale, deux fois la diminution, deux fois la sensation normale.

Dans trois cas de paralysie générale que nous avons examinés à ce sujet, nous n'avons trouvé qu'une seule fois une simple diminution de la sensibilité épigastrique profonde.

Par contre chez les hémiplegiques que nous avons pu examiner à l'hospice d'Ivry nous ne les avons jamais

retrouvées. Il en serait de même des épileptiques du moins en dehors de leurs crises et des gens atteints de myélites ou de névrites périphériques de causes diverses. La non existence d'analgésies viscérales profondes chez ces derniers montrerait même ce qu'il faut penser de l'origine purement névritique de ces altérations.

De tout cela on peut conclure que, sans être absolument spécial au tabès, ces analgésies trachéale, mammaire, épigastrique et testiculaire, sont cependant beaucoup plus communes dans cette affection que dans les autres maladies organiques des centres nerveux.

Pronostic. — Le pronostic de ces analgésies profondes semble devoir être réservé. Il nous aurait fallu suivre nos malades pendant une longue période pour savoir ce qu'il advenait d'eux. Cela ne nous a pas été donné. Cependant il ressort de toutes les observations publiées jusqu'à ce jour à ce sujet, ce fait : que ces analgésies existent le plus souvent chez des tabétiques à une période avancée de leur maladie. Nos observations propres ne font que confirmer cette manière de voir. Dans la plupart des cas les malades qui ont présenté ces analgésies ont 8-10-12 ans et plus de maladie. Le pronostic, de ce fait, semblerait donc devoir être sévère. Malheureusement ces anesthésies ont été aussi retrouvées chez des sujets presque au début de leur affection.

Traitement. — Ces analgésies ne semblent pas devoir réclamer d'autres traitements que ceux généralement

employés pour les autres manifestations du tabes. Elles ne réclament pas en effet de traitement particulier. Simple constatation clinique, elles n'indisposent, ne font souffrir ou ne tourmentent pas le malade. On soigne dès lors bien plutôt les manifestations aiguës pour ainsi dire (sensitives et motrices) du tabes que ces analgésies.

Nous devons donc nous contenter de constater si au cours du traitement général, ces analgésies sont influencées en bien ou en mal par le traitement?

Parmi les traitements à employer en premier lieu, vient le traitement antisyphilitique mixte mercuriel et ioduré. Deux de nos malades (obs. V et III hommes) ont été traités par les piqûres d'huile grise et l'iodure de potassium à hautes doses (8 et 10 grammes). Le traitement a été continué pendant un an avec des intervalles de repos. Il n'est survenu aucune amélioration dans l'état des malades. C'est d'ailleurs ce qu'ont constaté la plupart des auteurs ayant soumis leurs malades au traitement anti-syphilitique. M. le P^r Raymond entre autres est nettement d'avis que le traitement n'a aucune influence sur le tabes : dans quelques cas seulement il a une action favorable, probablement sur des syphilis surajoutés au tabes (1).

En deuxième lieu nous devons nous occuper de deux méthodes de traitement : l'élongation et la suspension.

Quatre de nos malades (obs. III, IV, V, et VIII) ont été soumises à l'élongation. Dans deux cas (obs. III et

1. J. Leclerc. *Les traitements actuels du tabes*. Thèse Paris, 1899.

2. Raymond. *Leçons sur les scléroses systématiques de la moëlle*, 1894.

VIII) le traitement n'a produit aucune amélioration; dans les autres cas (IV et V) est survenue une légère amélioration. Sept tabétiques (obs. I et IV (hommes) obs. I, II, VI, VII et IX) ont été soumis à la suspension.

Le traitement a dû être suspendu rapidement dans deux cas (Obs. VI et IX). La première malade avait des crises laryngées redoutables après chaque séance. La deuxième loin d'être améliorée voyait son état s'aggraver.

Chez deux autres malades (Obs. IV, (homme) et VII), l'état est resté stationnaire.

Enfin dans les trois derniers cas il y a eu une légère amélioration. La malade (Obs. I) que nous avons particulièrement observée, présentait après chaque séance une atténuation assez marqué de son analgésie épigastrique et trachéale, ainsi que de ses douleurs. Mais les troubles étaient tout aussi marqués le surlendemain.

D'autres malades avaient été soumis au traitement par le nitrate d'argent (Obs. III, hommes), par l'électrisation (Obs. IV, V (hommes), XII) sans aucun résultat.

Le massage (Obs. VI), semblerait devoir donner de bons résultats. Cette malade prétendait que cela seul la soulageait.

Enfin un autre malade (Obs. III), avait été soumis aux piqûres de Brown-Séguar. Il n'en a retiré aucun bénéfice.

Les cures hydrothérapiques et thermales n'ont pas été employées.

Deux de nos malades (Obs. I, et IV), suivent la méthode de Frankel. La malade IV, a été très améliorée.

rée au point de vue de la marche. La malade n° I semble devoir résister à la méthode. Cette malade a d'ailleurs une hypotonie musculaire assez considérable.

OBSERVATION 1 (personnelle)

(Service du professeur Raymond).

Pauline K... âgée de 34 ans, sans profession, salle Cruveilhier, n° 1.

Antécédents héréditaires. — Père mort 54 ans. Anévrysme ?

Mère, rhumatisante, encore vivante, 66 ans.

Une sœur, 38 ans, une morte en bas âge.

Antécédents personnels. — Pas de maladies jusqu'à l'âge de 23 ans. Régliée à 15 ans. Pas de crises nerveuses. Pas de nervosisme exagéré.

A 23 ans, fièvre typhoïde grave (forme ataxique).

A 27 ans, dyspepsie ?

Mariée à 16 ans 1/2. A eu deux enfants, le premier un fils actuellement 17 ans et est bien portant ; la deuxième, fille morte à 5 mois de choléra infantile.

Depuis pas de grossesses.

Pas de fausses couches. Aucune trace de spécificité. Pas d'éthylisme. Simple abus de thé dès l'âge de 13 ans et sans motif.

Maladie actuelle. — Vers avril 1889 début par grande lassitude dans les membres inférieurs. Cette lassitude dure un an sans discontinuer.

En 1890 (1^{er} semestre) à la lassitude s'ajoutent des douleurs. La malade attribuait cela à des rhumatismes. Douleurs en coups de poignard principalement aux membres inférieurs,

allant du pied au genou des deux côtés et dépassant rarement le genou. Pas de douleurs à type nettement fulgurant le long du sciatique.

Ces douleurs n'ont jamais cessé et n'ont fait qu'augmenter. Au début elles revenaient toutes les trois semaines, puis vers 1893 elles sont plus fréquentes et vers 1894 elles sont continues avec cependant des exacerbations nocturnes.

En 1894 (dernier semestre) avec les douleurs survient une toux débutant par une sorte de chatouillement à la gorge et par une sensation de constriction trachéale. Cette toux revenait le plus souvent au moment des repas (la malade n'avalant pas de travers) et la nuit. Elle revenait par accès durant une demi-heure environ et était suivie de vomissements alimentaires après les repas et d'expectoration simple la nuit. La malade avait trois à quatre accès par jour. Ces accès durent encore, mais ont tendance à diminuer.

En 1895, surviennent des douleurs abdominales et stomacales. Douleurs presque continues et indépendantes de la toux. Elles consistent en une sensation de pesanteur plus spécialement au creux épigastrique, mais n'étaient pas accompagnées de douleurs fulgurantes.

A la même époque, la malade qui avant lisait facilement, remarque qu'au bout d'un instant de lecture, un brouillard s'étendait sur son livre. Elle voyait confusément, mais n'a jamais vu double. Actuellement elle voit encore trouble, mais n'a ni diplopie ni paralysie oculaire.

La même année, 1895, la malade voit encore apparaître des douleurs à la face interne des deux bras et à la région axillaire. Ces douleurs consistent en une sensation de brûlures revenant par crises surtout lorsqu'elles venait de coudre ou de lire (les

bras soutenant le livre en l'air). Du côté gauche ces douleurs ne s'irradiaient pas à la façon des douleurs d'angine de poitrine.

A la région lombaire, sensations de piqûres d'épingle se calmant lorsque la malade était étendue.

En même temps apparaissait une légère incontinence d'urine. La malade éprouvait bien le besoin d'uriner, mais ne pouvait se retenir. Cela lui arrivait 3 à 4 fois par jour.

Pas d'incontinence des matières fécales.

Pas de trouble du sens génital.

L'état reste stationnaire jusqu'en juillet 1896.

A cette époque, la malade voit survenir des troubles moteurs. Ces troubles ont débuté par une sensation de dérochement des jambes survenant, soit lorsque la malade était debout, soit lorsqu'elle marchait.

Elle n'est cependant jamais tombée. La démarche devient en même temps plus difficile. La malade n'avait pas d'anesthésie plantaire mais titubait et par à coups perdait l'équilibre. Ces troubles n'étaient pas plus accentués lorsque la malade montait, descendait l'escalier ou se levait de sa chaise. L'incoordination était plus manifeste dans l'obscurité.

En décembre 1896, la malade va trouver un médecin autre que son médecin habituel. Celui-là lui ordonne de s'aliter. Elle reste un mois au lit. Au bout de ce temps, elle cherche à se lever, mais s'aperçoit qu'elle le fait avec beaucoup de difficultés. Elle peut encore faire quelques pas, mais avec peine et avec une incoordination excessive. Elle est obligée de s'accrocher aux meubles et se traîne plutôt qu'elle ne marche. Enfin vers août 1897 la malade est obligée de s'aliter définitivement. On ne la voit plus que dans une petite voiture.

Les douleurs persistaient toujours mais moins vives. Les

localisations étaient les mêmes. Cependant à cette même époque apparurent des crises gastriques très douloureuses, survenant toutes les semaines et durant un à deux jours.

Elle entre à la Salpêtrière le 13 février 1898.

Examen de la motilité. — La malade ne peut se tenir debout.

Elle peut seulement s'asseoir dans son lit.

Au commandement, la malade détache facilement ses pieds du plan du lit et cherche à atteindre la main placée à 30 centimètres au-dessus d'elle. Elle le fait avec une incoordination marquée.

Les yeux ouverts la malade croise bien ses jambes, les fléchit, les étend, mais ne peut y arriver quand on lui bande les yeux.

La force musculaire reste intacte. Aux membres supérieurs la malade amène au dynamomètre. Main gauche, 16, mais droite, 20.

Les mouvements sont libres. Elle porte facilement un verre à sa bouche. Elle s'amuse encore à coudre et fait de petits travaux.

Examen des réflexes. — Réflexe patellaire, réflexe plantaire : totalement abolis.

Réflexe olécranien, réflexe du poignet : diminués mais appréciables.

Signe d'Argyll Roberston.

Examen de la sensibilité subjective et objective. — Douleurs persistent comme au début.

Membres inférieurs. — Perte de la sensibilité au contact. Diminution de la sensibilité à la douleur.

La malade ne sent pas lorsqu'on la pique profondément à la plante des pieds, au niveau des petites articulations, et au

niveau de la jambe jusqu'au genou. Au-dessus au contraire elle sent la piqure mais avec un retard assez appréciable.

Pas de thermo-analgésie. La malade dit nettement et vite : Ceci est chaud, ceci est froid, alors même qu'il y a peu d'écart de température entre les deux objets.

Perte du sens musculaire.

Membres supérieurs. — Anesthésie tactile presque complète et survenue depuis peu. C'est ce dont se plaint le plus la malade. Elle coud plus difficilement qu'auparavant, car elle ne sent plus son aiguille. Elle ne reconnaît pas, les yeux étant fermés, les objets qu'on lui place dans la main.

Pas de perte de sensibilité aux 3 modes.

A la face. — Sensibilité normale.

Organes des sens. — Pas de diminution de l'acuité auditive. Pas de perte de goût.

Quelques troubles de la vue. Simple ambliopie légère, pas de diplopie.

Analgésie trachéale. — Complète. La pression forte n'indispose nullement la malade.

Sensibilité cutanée légèrement émoussée. Pas de crises laryngées.

Analgésie épigastrique. — La simple pression n'est pas ressentie. Un choc assez violent n'est pas douloureux. Simple sensation de contact. Réflexe abdominal conservé. Pas d'analgésie à la piqure, légère anesthésie au contact.

Sensation de la faim très diminuée. Crises gastriques antérieures.

Analgésie mammaire. — Incomplète.

Pas d'analgésie cutanée. Pas de crises d'angine de poitrine.

Tratement. — Suspension, légère amélioration et méthode

de Frankel, mais pas d'amélioration. Grosse hypotomie musculaire.

OBSERVATION II (personnelle).

Service du P^r Raymond.

R... Clémence, âgée de 33 ans, domestique, salle Cruveilhier, lit n° 9.

Antécédents héréditaires. — Père mort de fièvre typhoïde.

Mère morte phthisique, 5 frères, 3 sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Réglée à 13 ans. Toujours régulièrement.

Fièvre typhoïde à 25 ans.

A 27 ans, apparition sur la peau d'une éruption de taches rosées, grosses comme la tête d'une épingle envahissant la poitrine et les bras.

Pas de traitement.

Pas de grossesses.

Histoire de la maladie. — En 1895, troubles oculaires. La malade se plaint de voir comme un brouillard. Elle distingue mal les objets et voit double.

Cet état persiste un an.

Trois ou 4 mois après le début de sa maladie, violentes douleurs constrictives lui enserrant la base du thorax comme dans un étai. Vomissements. Cet état dure 2 ou 3 jours. Retour des crises régulièrement tous les 8 ou 15 jours.

En 1896, elle est prise dans les deux jambes de douleurs comparables à des éclairs. Plus de violence la nuit que le jour. Elles empêchent même en ce moment la malade de dormir.

En même temps, perte de la notion de sensation du sol.

Dès cette époque il lui fut presque impossible de marcher. Elle ne tenait plus en équilibre, même en regardant ses jambes.

Motilité. — Marche très difficile. Elle marche en s'attachant aux objets environnants. Démarche incertaine, titubante. La malade regarde ses pieds.

Signe de Romberg très net.

Troubles peu marqués aux membres supérieurs.

Sensibilité. — Douleurs fulgurantes nuit et jour, descendant le long du sciatique que la malade dessine avec son doigt.

Douleurs en ceinture à la région lombaire.

Diminution de la sensibilité au contact et à la piqûre.

Hyperesthésie à la température.

Anesthésies articulaires très marquées.

Perte de notion de position des jambes.

Rien aux membres supérieurs.

Réflexes. — Patellaires abolis.

Olécranien, poignet : diminués.

Phénomènes oculaires. — Paralyse du droit supérieur du côté droit.

Signe d'Argyll. Insensibilité cornéenne.

Difficultés par moments pour uriner.

Il lui faut pousser. Pas d'incontinence.

Appareil circulatoire. — Accès d'angor pectoris surtout au moment des époques. La douleur irradie de la région précordiale au petit doigt en suivant le cubital.

Analgesie trachéale. — Pas d'analgesie.

Pas de perte de la sensibilité cutanée.

Pas de crises laryngées.

Analgesie épigastrique. — Très marquée.

Réflexe abdominal conservé.

Sensibilité (tact douleur) abolie. Température conservée.

Diminution de la sensation de faim.

Crises gastriques antérieures.

Analgesie mammaire. — Complète.

Sensibilité (contact, douleur), abolie.

Hyperesthésie très vive à la température.

Le contact de la main froide provoque chez elle une série de secousses musculaires.

Crises angineuses.

Traitement. — Suspension. Amélioration légère.

OBSERVATION III (personnelle).

Service du professeur Raymond.

S... Marie, âgée de 47 ans, sans profession. Salle Cruveilhier
Lit n° 5.

Antécédents héréditaires. — Père mort 72 ans. Pneumonie.

Mère morte suite de couches 40 ans. 7 enfants, tous bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Réglée à 15 ans, toujours régulièrement.

Mariée à 24 ans. Ni enfants, ni fausses couches. Aucune trace de spécificité.

Bien portante jusqu'à 40 ans.

A ce moment début de la maladie par troubles moteurs. Ses jambes fléchissaient.

Miction difficile.

✓ Douleurs en éclairs allant des genoux aux pieds.

Est soumise à l'élongation et troubles iminuent jusqu'au moment où la malade (10 mois après) ne s'est plus traitée.

La vue s'est affaiblie depuis 2 ans.

Elat actuel. — *Face.* — Signe d'Argyll Roberston.

Pas de paralysies oculaires, mais secousses nystagmiformes.

Vue un peu basse.

Pas de troubles de sensibilité objective et subjective.

La malade nous dit cependant qu'il y a 1 an elle a eu la sensation de toiles d'araignées sur la figure.

Membres supérieurs. — Réflexes olécrâniens et palmaires abolis.

Douleurs en bracelet.

Sensibilité objective normale.

Force musculaire conservée.

Dynamomètre, main droite 21, main gauche 19.

Grande incoordination.

Membres inférieurs. — Pas de perte du sens musculaire.

Douleurs fulgurantes du genou aux pieds.

Anesthésie au tact et à la douleur des deux côtés jusqu'à la hanche.

Pas de thermo-anesthésie.

Réflexes rotuliens abolis des deux côtés.

Grande incoordination. La malade ne peut marcher seule, et se tient au lit.

Signé de Romberg net.

Urine difficilement.

Analgsie trachéale. — Complète.

Pas de crises laryngées. Pas d'anesthésie cutanée.

Analgsie épigastrique. — Incomplète.

Perte du réflexe abdominal.

Perte complète de la sensibilité au tact et à la douleur. Pas de thermo-anesthésie.

Appétit normal. Digestions bonnes.

Pas de crises gastriques.

Analgesie mammaire. — Complète.

Perte du contact et de la douleur.

Pas de thermo-anesthésie.

Pas de crises d'angine de poitrine.

Traitement. — Elongation.

Pas d'amélioration.

OBSERVATION IV (personnelle).

Service du professeur Raymond.

B... Elise, âgée de 49 ans. Corsetière.

Entrée le 13 juillet 1896, salle Rayet, n° 2.

Antécédents héréditaires. — Père mort accident.

Mère morte à 74 ans.

Deux frères bien portants. Pas de nerveux dans la famille.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 12 ans. Réglée à 10 ans 1/2. Toujours régulièrement. Mariée à 30 ans.

Deux enfants : un vivant, bien portant.

Une fille morte subitement à 25 ans avait depuis l'âge de 18 ans des crises d'épilepsie.

Pas de fausses couches.

Début de la maladie actuelle. — Il y a 9 ans (1890), par fourdeur de la jambe gauche, mais sans difficultés de marche.

En même temps, ptosis droit qui dure six mois.

Diplopie. Pas d'amblyopie.

En 1892 (1^{er} semestre) douleurs fulgurantes dans les jambes, et allant de genou à pieds. Reviennent tous les 15 jours et durent une journée.

En 1893. — Troubles de la marche.

La malade jette les jambes à droite et à gauche et est obligée de les regarder en marchant. Elle marche plus difficilement dans l'obscurité.

En 1894. — Perte de sensation du sol. La malade dès lors ne peut plus marcher qu'en s'appuyant d'une main sur une canne et de l'autre sur le bras d'une personne.

Presque en même temps, engourdissement des deux mains. Difficultés pour coudre.

Incontinence d'urine sans perte du besoin d'uriner.

Examen à l'entrée. — *Motilité.* — La marche est encore possible avec l'aide d'une personne surtout depuis que la malade est soumise à la méthode de Fraenkel.

Signe de Römberg très net,

La malade lève facilement les jambes, mais avec incoordination.

Conservation de force musculaire.

Aux membres supérieurs peu de troubles.

Dynamomètre	Main droite	30
-------------	-------------	----

—	— gauche	20
---	----------	----

La malade peut encore coudre.

Sensibilité. — *Objective.* — Anesthésie au contact et à la douleur peu marquée aux membres inférieurs. Plaques anesthésiques à faces externe et interne du tibia.

Pas de thermo-anesthésie.

Pas de perte de notion de position des jambes.

Pas d'anesthésie aux membres supérieurs. Seulement perte du tact. La malade ne reconnaît pas un sou qu'on lui place dans la main.

Réflexes. — Patellaire aboli.

Plantaire diminué.

Signe d'Argyll-Roberston.

Réflexe olécrânien intact.

Réflexe du poignet diminué.

Sensibilité subjective. — Douleurs en éclairs aux membres inférieurs.

Pas de crises gastriques. Rien aux membres supérieurs.

Douleurs intercostales.

Yeux. — Plus de diplopie. Œil gauche paraît plus petit. La pupille du même côté est plus grande.

Analgesie trachéale. — Complète sans perte de sensibilité cutanée.

Hyperesthésie au froid.

Pas de crises laryngées.

Analgesie mammaire. — Complète. Pas d'anesthésie. Pas de crises angineuses.

Analgesie épigastrique. — Complète.

Pas d'anesthésie. Conservation du réflexe abdominal.

Pas de perte de sensation de faim.

Pas de crises gastriques.

Traitement. — Elongation. Amélioration.

Pas de suspension.

Traitée par la méthode de Fraenkel, notable amélioration de la marche.

OBSERVATION V (personnelle).

(Service du Pr Raymond)

M... Thérèse, âgée de 48 ans. Domestique. Entrée le 18 janvier 1899. Petite salle Cruveilhier, n° 10.

Antécédents héréditaires. — Père très nerveux, mort à 72 ans.

Mère morte à 70 ans de pneumonie.

Antécédents héréditaires. — Pas de maladies antérieures.

Réglée à 12 ans toujours régulièrement.

Pas mariée. Pas d'enfants.

Aucun signe de spécificité ou d'alcoolisme.

Maladie actuelle. — Début à l'âge de 20 ans par violentes douleurs dans les jambes. Ces douleurs durent 15 jours. Elles disparaissent ensuite pour revenir vers l'âge de 22 ans. Dès lors elles n'ont jamais cessé et sont devenues de plus en plus fortes. Siègent surtout aux talons et de là s'irradient sous formes d'éclairs jusqu'à la hanche. Egales des deux côtés.

A 25 ans opération d'une fistule à l'anus et à 42 ans ovariotomie double.

A 40 ans douleurs en éclairs le long du cubital des deux côtes. En même temps la maladie devenait maladroite et laissait tomber les objets qu'elle tenait à la main.

Troubles moteurs du côté des membres inférieurs. Sa vue baisse et les mictions deviennent plus difficiles.

Examen à l'entrée. — Tête. — Pas de douleurs.

Perte de l'odorat. Oûie abolie à gauche, diminuée à droite.

Goût normal, vue trouble, Mouvements des globes oculaires normaux, quelques secousses nystagmiformes.

Signes d'Argyll Roberston net.

Membres supérieurs. — Sensibilité objective normale.

Douleurs dans les deux bras le long du cubital et en bracelet.

Réflexes olécraniens et du poignet abolis.

Dynamomètre	Main droite	22
—	— gauche	19

Tronc. — Douleurs en ceinture à la base du tronc.

Pas de crises gastriques.

Membres inférieurs. — Douleurs fulgurantes tout le long du sciatique.

Sensibilité au contact et à la douleur diminuée surtout à la plante des pieds. La malade ne sait pas distinguer si elle marche sur un tapis ou sur autre chose.

Force musculaire conservée.

Légère incoordination.

Réflexes rotuliens abolis des deux côtés.

Troubles de la miction.

Analgsie trachéale. — Complète.

Pas d'anesthésie cutanée. Pas de crises laryngées.

Analgsie mammaire. — Nulle. Pas d'anesthésie cutanée.

Analgsie épigastrique. — Nulle.

Réflexe abdominal conservé. Appétit normal.

Sensibilité aux trois modes conservée. Pas de crises gastriques.

Traitement. — Elongation depuis deux mois.

Légère amélioration.

OBSERVATION VI (personnelle)

(Service du professeur Raymond).

De F... Rita, âgée de 51 ans, couturière.

Entrée le 25 janvier 1898. Salle Rayer, n° 4.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 50 ans subitement.

Mère morte à 70 ans.

Ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. Régulée à 19 ans. Régulièrement jusqu'à il y a trois ans.

Ménopause depuis.

A l'âge de 20 ans devient nerveuse et irritable mais n'a jamais eu de crises.

Pas mariée. Ni enfants ni fausses couches.

Pas d'éthylisme. Pas de traces de spécificité, mais traitement par l'iodure de potassium dans le service de M. Bucquoy.

Maladie actuelle. — En 1889 toux quinteuse suivie de crises d'étouffements. Ces crises durent de 10 minutes à 1/4 heure et reviennent deux ou trois fois par semaine.

Six semaines plus tard troubles de la déglutition.

Les liquides reviennent par le nez. Troubles de la phonation.

Entre à l'Hôtel-Dieu au bout de deux mois dans le service de M. Bucquoy. Celui-ci diagnostique une paralysie du voile du palais (au dire de la malade) et lui fait administrer de l'iodure de potassium à doses de 4 grammes.

Le malade quitte l'hôpital après huit mois de traitement. La guérison est complète.

Deux ans après apparition de douleurs dans les jambes sous forme d'élançements.

Un an après (1893) troubles de la marche. Le malade jette les jambes à droite et à gauche en marchant. L'incoordination s'accuse de plus en plus.

En même temps, légère rétention des urines et matières fécales.

Crises de toux et dyspnée simulant des crises laryngées.

Elle entre à l'hôpital Cochin en 1894 et y reste 4 ans. Elle est traitée par les pointes de feu, le massage et l'électricité.

Enfin en 1898, elle entre à la Salpêtrière.

Etat actuel. — *Tête.* — Pupilles inégales. Gauche plus grande. Signe d'Argyll Roberston. Depuis 1 mois-vue trouble et légère diplopie. Secousses nystagniformes.

Membres supérieurs. — Force musculaire conservée. Dynamomètre, main droite 30, main gauche 26.

Pas d'incoordination. Pas de troubles de la sensibilité. Réflexes du coude et du poignet diminués.

Membres inférieurs. — Incoordination extrême rendant la marche impossible. La malade reste alitée.

Force musculaire notablement diminuée. Sensibilité amoindrie sur toute la face antérieure des deux jambes. Retard manifeste de la perception des sensations de contact et de piqure.

Hypéresthésie cutanée très marqué sur face postérieure et externe des 2 jambes.

Pas de thermo-anesthésie.

Douleurs lancinantes survenant par accès et presque tous les jours.

Réflexe patellaire aboli. Pas de trépidation spinale.

Certain degré d'incontinence vésicale et rétention légère.

Anesthésie trachéale. — Complète. Pas d'anesthésie cutanée. Crises laryngées,

Anesthésie épigastrique. — Incomplète. La malade en 1896 aurait eu deux grandes crises gastriques.

Réflexe abdominal conservé.

Sensibilité cutanée intacte.

Pas de diminution d'appétit.

Anesthésie mammaire. — Complète. Sensibilité intacte.

Pas de crises d'angine de poitrine.

Traitement. — Massage, ce qui la soulage.

Suspension au début, mais interrompue rapidement, car cela provoquait des crises laryngées.

Pas de Fraenkel. Hypotonie très marquée. Electrification.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Service du professeur Raymond.

P... Anne-Euphrasie, âgée de 57 ans, sans profession. Entrée le 20 juillet 1897. Salle Cruveilhér, 24.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rougole à 10 ans.

Réglée à 15 ans, mais irrégulièrement. Mariée à 25 ans. 7 grossesses dont 3 à terme et 4 fausses couches.

Pas d'autres signes de spécificité. Pas d'éthylisme.

Maladie actuelle. — Début il y a 15 ans par douleurs fulgurantes dans les membres.

Marche difficile. Dérobement des jambes.

Marche impossible la nuit.

Il y a 18 mois, douleurs lancinantes dans les membres supérieurs et face.

Il y a six mois, la vue commence à faiblir. La malade voit un brouillard.

Examen à l'entrée par oculiste. — *Face.* Ptosis double plus marqué à droite.

Pupilles égales.

Mouvements d'élévation impossibles. Les deux mouvements horizontaux et latéraux sont parésiés.

Signe d'Argyll.

Pupilles légèrement décolorées.

Ambliopie totale d'œil droit.

— assez marquée à gauche.

La maladie va en progressant, et en juillet 1898 la cécité est complète. La malade ne voit même plus le jour.

Examen. — Sensibilité subjective. Douleurs fulgurantes aux jambes et aux cuisses. Moins violentes qu'auparavant.

Sensibilité objective. — Anesthésie au contact et à la douleur. Plus prononcée aux deux pieds et aux cuisses. Retard manifeste. Pas de thermo-anesthésie.

Perte de notion de position des jambes dans le lit.

Aux membres supérieurs, simple diminution de la sensibilité au contact et à la douleur.

Engourdissement des mains. Pas de douleurs fulgurantes.

Motilité. — Marche impossible depuis décembre 1896.

Dans le lit la malade peut encore soulever ses jambes mais avec incoordination très grande.

Pas de perte de puissance musculaire, mais diminution et légère atrophie des membres supérieurs.

Au dynamomètre, Main gauche = 16.

— droite = 18.

Pas de perte du tact. La malade reconnaît 2 sous qu'on lui place dans la main.

Réflexes. — a) rotuliens, abolis, pas de clonus.

b) Olécraniens et du poignet, diminués.

Analgesie trachéale. — Complète. Pas d'anesthésie cutanée aux 3 modes. Pas de crises laryngées.

Analgesie épigastrique. — Totale : Pas de crises gastriques.

Réflexe abdominal exagéré. Pas d'anesthésie cutanée.

Analgesie mammaire. — Complète. Pas d'anesthésie cutanée. Pas de crises d'angine de poitrine.

Traitement. — Suspension.

Pas d'amélioration. La malade avoue que ses douleurs ont seulement changé de place.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Service du Dr Raymond.

La nommée L... Marie, âgée de 35 ans, ménagère. Entrée le 10 février 1899, salle Rayet, n° 22.

Antécédents héréditaires. — Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole. Réglée à 13 ans. Régulièrement.

A 14 ans 1/2, fièvre typhoïde.

Mariée à 16 ans. Ni enfants, ni fausses couches.

Début de la maladie en 1892, par violents maux de tête revenant par crises. Otalgie avec irradiations douloureuses surtout la nuit. Insomnie.

En 1893. — Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

En même temps élancements douloureux dans les deux bras, le long du cubital.

En 1896 (2^e semestre). — Difficultés pour uriner, surtout le matin au saut du lit.

Au milieu de 1898. — Difficultés de miction s'accroissent et la malade est obligée de pousser énergiquement. En même temps légère incontinence.

Crises laryngées très violentes avec sensation d'angoisse et respiration rauque. Quintes de toux au moindre frôlement du larynx.

En 1898 aussi. — Difficultés de la marche, surtout la nuit. Chutes fréquentes. La malade marchait péniblement et en frappant le sol avec les talons.

Depuis huit mois troubles de la vue. Ambliopie surtout de l'œil droit. Ptosis en novembre dernier.

Examen. — *Debout.* — Marche pénible. Les jambes sont lancées à droite et à gauche. La malade talonne.

Conservation de la puissance musculaire.

Sensibilité. — Douleurs dans les membres inférieurs. Douleurs en coups d'épingles revenant le soir et la nuit.

Douleurs aux épaules et aux lombes.

Douleurs en éclairs aux deux bras le long du cubital. Engourdissement des doigts.

Sensibilité aux 3 modes peu touchée tant aux membres supérieurs qu'inférieurs.

Analgesie trachéale. — Hypéralgésie. Toux coquechuloïde.

Pas d'anesthésie cutanée. Crises laryngées antérieures.

Analgesie mammaire. — Pas d'analgesie. Pas d'anesthésie cutanée.

Analgesie épigastrique. — Nulle. Réflexe abdominal exagéré. Pas d'anesthésie cutanée.

Traitement. — Pas de suspension.

Elongation. Pas d'amélioration.

OBSERVATION IX (personnelle).

Service du professeur Raymond.

La nommée H... Eugénie, âgée de 48 ans, blanchisseuse.

Entrée le 6 juillet 1897, salle Cruveilhér, n° 8.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 78 ans. Hémiplegie.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 12 ans.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement.

Mariée à 19 ans. Deux enfants bien portants. Pas de fausses couches. Pas d'éthylisme.

Début de la maladie actuelle. — En 1895, par fourmillements dans membres inférieurs provoquant insomnie. Difficultés de la marche deux mois après, surtout dans l'obscurité.

Ce n'est qu'en 1896 que débutèrent douleurs fulgurantes revenant par accès d'abord aux membres inférieurs, puis aux membres supérieurs.

Un an après le début, la malade ne peut plus marcher et garde le lit, où se fait traîner en voiture. A ce moment se produit une luxation de la hanche gauche.

Depuis huit mois légère incontinence d'urine.

La malade ne peut se retenir.

Etat actuel. — *Malade couchée.*

Lève bien les deux jambes, mais incoordination extrême.

Incoordination légère des membres supérieurs, s'exagérant quand on lui fait fermer les yeux.

Réflexes. — Patellaire aboli.

Olécrâniens et poignet abolis.

Sensibilité. — Très peu touchée. Aux membres inférieurs tact seulement un peu diminué.

Perte du sens musculaire.

Peu de douleurs.

Signe d'Argyll très net.

Toux coqueluchoïde avec reprise.

Analgésie trachéale. — Incomplète. Pas de provocations de toux coqueluchoïde. Pas d'anesthésie cutanée.

Analgésie mammaire. — Complète. Pas de douleurs angineuses.

Sensibilité au contact et à la douleur abolie.

Sensibilité à la température, très augmentée (hyperalgésie).

Analgésie épigastrique. — Incomplète.

Anesthésie cutanée au contact et à la douleur.

Hyperalgésie à la température.

Pas de perte de sensation de la faim.

Pas de crises gastriques. Réflexe abdominal exagéré.

Traitement. — *Suspension.*

Cessée rapidement, car cela faisait plus de mal que de bien à la malade.

Pas de méthode de Fraenkel. Hypotonie trop marquée.

OBSERVATION X (personnelle).

Service du Professeur Raymond.

Mme B..., Marie, âgée de 39 ans, ménagère, entrée le 25 mai 1897, salle Cruveilhér, n° 18.

Antécédents personnels. — Néant.

Début de maladie actuelle. — En 1882, par crises gastriques, accompagnées de vomissements incoercibles revenant par périodes et durant jusqu'à 4 jours. Sous influence d'émotions, de contrariété, ces vomissements revenaient.

En 1885. — Douleurs en ceinture à la base du thorax.

En 1888. — Apparition de douleurs lancinantes aux deux jambes avec exacerbations nocturnes.

En 1892. — Troubles de station, sensations de dérochement des jambes. Depuis troubles n'ont fait qu'augmenter.

Etat actuel. — Sensibilité subjective. — Douleurs fulgurantes avec sensation de fourmillements sous les deux pieds et engourdissement de tout le membre.

Sensibilité objective. — Intacte aux trois modes. Légère hyperesthésie de la plante des pieds. Réflexes rotuliens abolis.

Sensibilité objective intacte aux membres supérieurs. Douleurs continues plus vives à gauche et le long du médian. Mains engourdis.

Pas de perte du sens musculaire.

Depuis six mois engourdissement au niveau d'épaule gauche qui est gonflée et craque.

Réflexes olécrâniens et du poignet. Conservés.

Motilité. — La marche est possible, mais rendue difficile par arthropathie gauche déformant le genou. Incoordination marquée.

Perte du sens musculaire et articulaire. Incoordination marquée aux membres supérieurs.

Force musculaire conservée. Dynamomètre. Main droite 29 ; gauche 24.

Tronc. — Douleurs en ceinture très vives.

Face. — Douleurs lancinantes à la nuque.

Signe d'Argyll.

Pupilles égales. Ni paralysie de musculature interne, ni nystagmus. Léger ptosis droit, Xanthélasma.

Troubles urinaires. — Difficultés de miction.

Ventre. — Tumeur arrondie (kyste de l'ovaire) dans fosse iliaque gauche.

Crises laryngées depuis 8 ans. Deviennent maintenant de plus en plus violentes et rapprochées.

Crise gastrique le 25 juin 1898.

Analgesie trachéale. — Hyperalgésie. Le moindre contact au-dessous du cricoïde détermine des spasmes laryngés avec toux coqueluchoïde, suffocation, cyanose et nausées. Ces crises durent de 5 à 6 minutes. Pas d'anesthésie cutanée. Crises laryngées.

Analgesie épigastrique. — Légère. Pression un peu forte est ressentie. Pas d'anesthésie cutanée. Conservation de faim. Réflexe abdominal conservé.

Analgesie mammaire. — Complète. Pas d'anesthésie cutanée.

OBSERVATION XI (Personnelle).

Service de M. Gombault.

Arl..., veuve C..., âgée de 58 ans, ménagère.

Entrée le 22 juin 1896. Salle Hillair et lit n° 3.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Pas de spécificité apparente. Pas d'éthylisme.

Mariée à 18 ans. Un enfant mort-né hydrocéphale. Pas de fausses couches.

Début de la maladie actuelle. — Au moment de la ménopause (52 ans) par douleurs fulgurantes localisées aux mollets et surtout aux deux pieds.

Ptosis droit. Diplopie. La malade voyait deux objets superposés.

Crises gastriques très violentes avec vomissements bilieux et sanguinolents.

Il y a 4 ans (à la suite d'une chute de voiture) la malade s'est aperçue qu'elle avait plus de difficultés à marcher. Les jambes se dérobaient fréquemment. Depuis l'incoordination n'a fait que croître et aujourd'hui la marche est devenue impossible.

Difficultés pour uriner.

Examen. — Motilité. — La malade ne peut plus se tenir debout même avec un appui.

Elle détache péniblement les pieds du plan du lit. Incoordination assez marquée.

Aux membres supérieurs troubles d'incoordination. Les mains sont agitées d'un tremblement semblable à celui de la sclérose en plaques lorsqu'on lui commande de prendre son verre.

Pas de perte de force.

Dynamomètre. . . . Main droite 48.

— — gauche 45.

Sensibilité. — Membres supérieurs. — Diminution de la sensibilité au contact.

Retard marqué de la sensibilité à la pique.

Pas de thermo-anesthésie.

Douleurs à types fulgurants. Sensation de broiement aux chevilles.

Perte de sensation du sol.

Pas de perte de notion de position des jambes.

Aux membres supérieurs. — Perte de sensibilité au contact.

Analgésie complète aux mains et aux avant-bras.

Pas de thermo-anesthésie. Sensation d'engourdissement.

Pas de troubles du côté des sphincters.

Réflexe patellaire aboli.

Réflexes oléocrâniens et poignet diminués.

Signe d'Argyll. Diplopie.

Analgésie trachéale. — Pas d'analgésie.

Anesthésie au contact. Retard à la piqure.

Pas de thermo-anesthésie. Pas de crises laryngées.

Analgésie mammaire. — Pas d'analgésie.

Anesthésie au contact et à la douleur.

Pas de thermo-anesthésie.

Pas de crises angineuses.

Analgésie épigastrique. — Incomplète.

Anesthésie au contact. Retard à la piqure. Pas de thermo-anesthésie. Abolition de réflexe abdominal. Crises gastriques très violentes. Pas de perte de sensation de faim.

Traitement. — Pas de suspension.

Antipyrine. Bromure et iodure de potassium.

OBSERVATION XII (personnelle).

(*Service de M. Gombault*).

Victoire V..., âgée de 67 ans, sans profession, salle Duplay, n° 44.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 67 ans, hémiplegique, deux sœurs très nerveuses mais bien portantes.

Antécédents personnels. — Pas de maladie générale. Réglée à 10 ans 1/2.

Mariée à 28 ans. Ni enfants ni fausses couches. Début de la maladie actuelle vers 1837. La malade s'aperçoit que ses jambes fléchissent sous elle et a de la difficulté à marcher dans un lieu obscur.

En 1869. — Douleurs très violentes sous forme d'élançements dans les deux jambes et les pieds. Ces douleurs survenaient par crises qui duraient de 5 à 8 jours.

Quelques mois après douleurs en ceinture au niveau du tronc. Sensations de constriction à l'épigastre mais sans vomissements.

Vers cette même époque la malade a commencé à ne pouvoir retenir ses urines.

En 1872. — Douleurs dans les membres supérieurs avec prédominance à droite le long du cubital.

Fortes douleurs à l'anus lui donnant l'illusion du besoin d'aller à la garde-robe.

Vers 1873. — Arthropathie du genou droit. Crises gastriques franches avec vomissements vers cette même époque.

Les troubles de la marche s'étaient accrus et la malade ne pouvait marcher qu'avec l'aide de deux cannes.

Etat actuel. — *Motilité.* — Incoordination extrême. C'est à peine si la malade peut se tenir debout.

Aux membres supérieurs, les mains sont devenues inhabiles. La malade tricote difficilement. Elle écrit aussi avec peine.

Conservation de la force musculaire.

Dynamomètre, 22 main gauche, 28 main droite.

Sensibilité. — Au contact, diminue surtout à jambe gauche.

A la douleur, diminution.

Pas de thermo-anesthésie.

Perte du sens musculaire.

Aux membres supérieurs l'anesthésie aux trois modes est très prononcée.

A la face anesthésie presque complète.

Réflexes. — Patellaire aboli.

Olécrâniens et du poignet, abolis.

Pas de troubles de la vue.

Signe d'Argyll Robertson.

Surdité presque complète.

Analgesie trachéale. — Pas d'analgesie.

Cartilages de la trachée ossifiés. Pas de crises laryngées.

Anesthésie complète aux trois modes.

Analgesie mammaire. — Pas d'analgesie.

La malade présente au-dessous du sein gauche deux trajets fistuleux.

Anesthésie presque complète.

Analgesie épigastrique. — Complète à la pression et à la percussion.

Réflexe abdominal aboli. Anesthésie complète aux trois modes. Crises gastriques.

Traitement. — Electricité.

Iodure de potassium. Extrait thébaïque.

Pas d'amélioration. Ni suspension, ni élongation.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

(Service de M. Gombault).

La nommée D..., Anne âgée de 62 ans, Salle Richard-Lenoir.
N° 40.

Motilité. — Marche normale sur terrain plat. Hésitation de la

marche quand on ordonne à la malade de fermer les yeux. Pas de signe de Romberg. Ne peut se tenir debout sur un seul pied.

Rien aux membres supérieurs.

Sensibilité. — A la chaleur et au froid parfaitement conservée.

Sensibilité au contact intacte. Analgésie assez prononcée.

Pas de perte du sens musculaire.

Douleurs vives à type fulgurant dans les membres inférieurs.

Ce qui tourmente surtout la malade ce sont des douleurs vésicales très fortes avec sensation de brûlure au passage de l'urine.

Incontinence d'urine.

En même temps en 1893 sont survenues des crises gastriques avec vomissements.

Pas de troubles de la vie.

Réflexes. — Rotuliens, exagérés surtout à droite ; plantaires, conservés ; du membre supérieur, conservés. Signe d'Argyll Robertson.

Analgésie trachéale. — Pas d'analgésie. Un peu d'hyperalgésie se traduisant par une toux convulsive. Pas d'anesthésie aux trois modes. Pas de crises laryngées.

Analgésie mammaire. — Pas d'analgésie. Pas d'anesthésie aux trois modes. Pas de crises angineuses.

Analgésie épigastrique. — Hyperalgésie à la moindre pression. Pas d'anesthésie aux trois modes. Diminution d'appétit. Crises gastriques antérieures. Réflexe abdominal conservé.

OBSERVATION XIV (personnelle).

Service de M. Gombault.

La nommée M... Anna, 69 ans. Salle Brezin, n. 34.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents nerveux.

Antécédents personnels. — Une fausse couche de 7 mois, suivie de péritonite ayant duré six semaines.

Rhumatisme articulaire aigu ? en 1867.

Vers cette même époque, douleurs sciatiques des deux côtés, continues avec élancements.

Ces douleurs coïncidaient avec des douleurs en ceinture très violentes revenant par crises d'une durée de 5 ou 6 semaines qui ont actuellement tendance à se calmer.

Trois mois après, douleurs dans les membres inférieurs. Siègent au devant des jambes, au tibia, aux orteils. La malade les comparait à des douleurs de rhumatisme.

Presqu'en même temps, s'est montrée l'incoordination.

La malade jetait ses pieds à droite et à gauche.

Sensation de coton sous les pieds. Perte de notion de position des jambes dans le lit.

Pas de crises laryngées.

Un peu d'incontinence la nuit pendant deux ou trois mois et sans douleurs.

La malade a vu aussi double, mais pas de strabisme.

En 1880. — Douleurs dans les membres supérieurs, allant de l'épaule aux doigts. Douleurs à type fulgurant.

Etat actuel. — *Motilité.* — Impossibilité de marcher.

Incoordination marquée quand on lui fait lever les jambes ou les croiser.

Tardif

Incoordination des deux côtés aux membres supérieurs. Malade ne peut ni coudre, ni écrire.

Réflexes. — Rotuliens, abolis.

Olécrâniens et poignet, abolis.

Signe d'Argyll Robertson.

Sensibilité. — Anesthésie complète de la voûte plantaire. Sensibilité amoindrie à la jambe et à la cuisse.

Erreur et retard de sensation à la piqure.

Pas de thermo-anesthésie.

Perte du sens musculaire.

Aux membres supérieurs. — Analgésie avec retard.

Pas de thermo-anesthésie.

Perte du sens du tact.

Pas d'anesthésie faciale.

Pupilles inégales. Nystagmus latéral.

Signe d'Argyll.

Analgésie trachéale. — Hyperalgésie légère. Toux.

Anesthésie au contact et à la douleur.

Pas de crises laryngées.

Analgésie mammaire. — Complète. Anesthésie sans thermo-anesthésie.

Pas de crises angineuses.

Analgésie épigastrique. — Complète.

Pas de perte de sensation de faim. Réflexe abdominal aboli.

Anesthésie sauf à la température.

OBSERVATION XV (personnelle).

Service de M. Gombault.

Le C... Marie âgée de 70 ans. Salle Brezin, 13.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Début de la maladie en 1870 par douleurs très vives dans les membres inférieurs, presque continuelles mais plus fortes la nuit. La malade les compare à des coups de couteau.

Ces douleurs ont aussi apparu aux membres supérieurs mais avec moins d'acuité.

Douleurs fulgurantes et constrictives au niveau du thorax surtout du côté droit.

En 1875. — Troubles urinaires et incontinence légère. Diminution de l'acuité visuelle et auditive.

Attaque apoplectiforme en 1896 avec perte de connaissance.

A la suite de cette attaque la malade devient plus faible de ses membres supérieurs.

Examen de la malade. — *Motilité.* — Peu de troubles aux membres supérieurs. Pas d'incoordination.

Dynamomètre Main gauche 28

— Main droite 18

Aux membres inférieurs. — Démarche pénible à petits pas.

Signe de Romberg.

Perte de notion de position des jambes dans le lit.

Reflexes. — Rotulien aboli

— plantaire aboli

Sensibilité. — Grosse analgésie surtout à droite. A gauche, moindre mais gros retard.

Pas de thermo-anesthésie.

Aux membres supérieurs. Analgésie droite. Retard à gauche

Pas de thermo-anesthésie.

Œil. — Signe d'Argyll Robertson.

Pupilles punctiformes.

Pas de diplopie ni d'amblyopie.

Acuité auditive très diminuée.

Analgésie trachéale. — Hyperalgésie. Syncope après pression légère. Pas de crises laryngées. Pas d'anesthésie cutanée.

Analgésie mammaire. — Pas d'analgésie. Pas d'anesthésie aux trois modes.

Analgésie épigastrique. — Pas d'analgésie. Pas de crises gastriques. Pas d'anesthésie. Réflexe abdominal normal.

Pas de perte de sensation de faim.

OBSERVATION XVI (personnelle).

Service de M. Gombault.

J..., 70 ans. Salle Pescatore, 11.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Mariée à 23 ans. Garçon à 24 ans bien portant.

Il y a 14 ans début par douleurs en ceinture très violentes avec vomissements. Revenaient tous les mois et duraient 1 à 2 jours.

Il y a 8 ans douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Aux pieds, sensations de piqûres d'aiguilles au niveau des orteils.

Crises de courbature musculaire.

Deux ans après début des troubles de la marche. La malade se plaint de ne plus sentir le sol.

Incoordination assez marquée. La malade jette les jambes à droite et à gauche.

Examen de la malade. — La malade marche très difficilement. Elle peut cependant traverser la salle avec ses béquilles.

Soulève facilement les pieds, mais mouvements incoordonnés.

Perte de notion de position des jambes.

Aux membres supérieurs pas d'incoordination. Les mouvements s'exécutent même les yeux fermés.

Sensibilité. — Douleurs fulgurantes le long du sciatique.

Sensibilité au contact avec retard manifeste.

Erreur de sensation. Retard à la piqûre.

Pas de thermo-anesthésie.

Engourdissement au bout des doigts. Gêne pour prendre les objets. Pas de perte du tact.

Vue. — Signe d'Argyll. Pas de diplopie.

Pupilles égales.

Réflexes. — Patellaire aboli.

Plantaire diminué.

Analgsie trachéale. — Pas d'analgsie. Pas de crises laryngées.

Analgsie mammaire. — Incomplète. Pas d'anesthésie cutanée.

Analgsie épigastrique. — Pas d'analgsie. Crises gastriques. Réflexe abdominal exagéré. Pas d'anesthésie cutanée. Pas de perte de sensation de faim.

OBSERVATION I (personnelle)

(Service de M. Gombault).

Le nommé M... âgé de 62 ans, salle Bernard, lit n° 22.

Antécédents héréditaires. — Père éthylique, mort cirrhotique atrophique à 53 ans.

Un oncle également éthylique.

Antécédents personnels. — Rougeole et fièvre typhoïde.

En 1857. — Blennorrhagie sans orchite.

A la fin de 1868. — Chancre syphilitique. Roséole, plaques muqueuses. Ethylisme.

En 1870. — Douleurs lombaires diffuses revenant par crises pendant quelques heures.

En 1872. — Douleurs lancinantes dans les deux jambes.

En 1873. — Troubles de la vue pour lesquelles il va trouver un oculiste qui diagnostique atrophie papillaire.

Vers 1875. — Il ressent des faiblesses dans les jambes.

Effondrement brusque des deux jambes, mais pas d'incoordination.

Le malade entre alors à l'hospice d'Ivry.

Examen. — Motilité. Démarche assez normale, pas d'incoordination.

Il marche en regardant en l'air comme les aveugles. Il avance à petits pas et frappe du talon.

Signe de Romberg. Conservation de la force musculaire.

Rien aux membres supérieurs.

Sensibilité. — Douleurs lancinantes dans les membres inférieurs durant deux à trois minutes.

Douleurs sourdes aux lombes.

Rien aux membres supérieurs et à la face.

Pas de crises gastriques. Pas de crises vésicales ou rectales.

Contact bien senti.

Grande diminution de sensibilité à la douleur aux membres inférieurs.

Légère diminution de sensibilité aux membres supérieurs.

Pas de thermo-anesthésie. Un peu de retard.

Réflexes. — Patellaire aboli des deux côtés.

Plantaire aboli.

Vue. — Inégalité pupillaire (droite plus dilatée).

Signe d'Argyll Robertson.

Vue très faible. Distingue seulement le jour.

Acuité auditive diminuée.

Mal perforant plantaire droit.

Analgsie trachéale. — Incomplète. — Hypéresthésie au trois modes Pas de crises laryngées.

Analgsie épigastrique. — Complète. — Pas d'anesthésie aux 3 modes, mais retard très appréciable.

Réflexe abdominal conservé.

Perte de sensation de faim, autrefois gros appétit.

Analgsie testiculaire. — Complète des deux côtés.

Anesthésie contact, douleur, chaleur.

Réflexe crémastérien conservé. Pas d'atrophie testiculaire.

Pas d'érection depuis 20 ans. Pertes séminales fréquentes autrefois, n'en a plus maintenant. Pas de crises testiculaires.

Traitement. — Suspension. Légère amélioration. Douleurs moins vives.

OBSERVATION II (personnelle).

Service de M. Gombault.

J... Louis, âgé de 42 ans. Employé de commerce. Salle Biala, n° 34.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A 2 ans ophtalmie de l'œil droit, perte de la vision. Pas d'éthylisme.

En 1883. — Syphilis. Caractérisée par simple chancre sans autres accidents. Pillules d'Hg pendant un mois. Iodure pendant deux mois.

En 1891. — Strabisme convergent mais sans diplopie.

En 1893. — Douleurs térébrantes dans les genoux et douleurs fulgurantes aux deux mollets.

Un an après en 1894. Douleurs augmentent et douleurs en ceinture. De plus marche pénible et le malade s'aperçoit qu'il lance ses jambes en avant et talonne.

En juin de la même année, il ne peut plus se rendre à son travail et il est obligé de rester presque continuellement assis.

En janvier 1895. — Tremblements dans les membres supérieurs. Ses mains deviennent inhabiles. Il écrit mais avec difficulté et en tremblant.

Examen. — *Motilité.* — Grosse incoordination, qui fait que le malade reste assis. Conservation de la force musculaire.

Tremblement des mains. Impossibilité d'écrire. Conservation de force.

Sensibilité. — Douleurs fulgurantes aux mollets et aux pieds.

Anesthésie au contact. Retard à la piqûre. Pas de thermo-anesthésie. Hyperesthésie cutanée très marquée.

Réflexes. — Patellaire, aboli. Signe d'Argyll Robertson.

Strabisme convergent avec exophtalmie. Pas de diplopie.

Analgsie trachéale. — Pas d'analgsie. Hyperesthésie cutanée. Le malade sursaute au moindre contact. Pas de crises laryngées.

Analgsie épigastrique. — Hyperesthésie cutanée. La recherche de l'analgsie est rendue impossible par un vaste épanchement ascitique.

Analgsie testiculaire. — Hyperesthésie cutanée. Pas d'analgsie à gauche. Analgsie à droite. Perte du réflexe crémastérien. Pas d'atrophie testiculaire. — Plus d'érections, plus de pertes séminales. Pas de crises testiculaires.

Traitement. — Pilules d'Hg et iodure. Pas d'amélioration.

OBSERVATION III (personnelle).

Service de M. Gombault.

S... Albert, âgé de 42 ans. Salle Gaillard n° 6.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — A 35 ans pleurésie gauche qui dura 2 mois. N'avoue aucun accident syphilitique : quelques blennorrhagies seulement. Pas d'éthylisme.

Début. — A l'âge de 35 ans, ambliopie lentement progressive. Au début il voyait double, mais cette diplopie était passagère. Pas de strabisme.

Presque en même temps fourmillements dans les muscles de la cuisse et aux membres supérieurs, jamais de douleurs fulgurantes.

Il remarque aussi que sa marche était plus incertaine : en

descendant les escaliers, il devait prendre la rampe et était obligé de regarder ses pieds. Il sentait mal le sol.

Etat actuel. — Yeux. — Pupilles également dilatées. Pas de strabisme. Pas de ptosis.

Signe d'Argyll Roberston.

Un peu de nystagmus latéral.

Acuité visuelle très réduite. Le malade distingue seulement le jour de la nuit.

A l'examen ophtalmoscopique : *Atrophie papillaire tabétique.*

Membres inférieurs. — Sensations d'engourdissements, surtout à droite. Réflexes rotuliens abolis des 2 côtés.

Simple diminution de la sensibilité. Marche presque normale. Pas de signe de Romberg.

Membres supérieurs. — Sensations d'engourdissement surtout dans les doigts. Sens du tact diminué mais non aboli. Inhabileté des mains.

Force musculaire conservée.

Au dynamomètre : Main droite, 30.

— gauche, 25.

Pas d'atrophie musculaire.

Sensibilité légèrement diminuée dans tous ses modes.

Analgsie trachéale. — Hypéralgsie.

Pas d'anesthésie cutanée. Pas de crises laryngées.

Analgsie Epigastrique. — Pas d'analgsie.

Hypéresthésie cutanée au contact et à la douleur. Pas de thermo-anesthésie. Réflexe abdominal conservé. Pas de crises gastriques. Conservation de l'appétit.

Analgsie testiculaire. — Analgsie incomplète des 2 côtés.

Testicules normaux. Pas de frigidité. Pertes séminales abondantes. Réflexe crémastérien conservé. Pas d'anesthésie cutanée.

Traitement. — Nitrate d'argent. KI à hautes doses (6 et 8 grammes). Piqûres de Brown-Séquard et pipûres d'huile grise. Aucune amélioration.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Service de M. Gombault.

B... Joseph, 66 ans. Salle Gaillard, 39.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte de paralysie à 43 ans.

Antécédents personnels. — En 1857, (24 ans), chancre avec adénite inguinale très prononcée. Traité par l'emplâtre de Vigo et KI.

Variole et scarlatine au régiment.

Marié en 1875. Une fille bien portante. Pas d'éthylisme.

Vers 1879. — Douleurs fulgurantes revenant tous les jours. A cette même époque, troubles de la vue. Le malade voyait des points noirs. Diplopie.

Perte de la vision de l'œil droit en 1880, et six mois après perte de l'œil gauche.

Sensation de coton sous les pieds.

En 1884. — Incontinence des matières fécales et de l'urine. Pas de douleurs vésicales. Pas de crises gastriques.

Anaphrodisie complète vers la même époque.

Examen. — Marche facile mais avec un appui, car alors il tomberait. Engourdissement sous la plante des pieds.

Incoordination. Le malade jette les jambes en avant.

Pas de troubles des membres supérieurs.

Sensibilité. — Crises douloureuses aux deux jambes.

Diminution de la sensibilité au contact.

Erreurs de lieu. Analgésie plus marquée à gauche qu'à droite, au pied qu'à la jambe.

Pas de thermo-anesthésie.

Réflexes rotuliens absents des deux côtés.

Pas de perte de sensation du sol.

Peu de troubles aux membres supérieurs.

Conservation du tact et de la sensibilité.

Yeux. — Cécité complète depuis le 16 juillet 1880.

Paupières un peu tombantes des deux côtés. Mouvements normaux.

Signes d'Argyll Roberston.

Gêne de la miction. Pas d'incontinence.

Analgésie trachéale. — Complète.

Sensibilité intacte aux trois modes. Pas de crises laryngées.

Analgésie épigastrique. — Incomplète.

Un peu d'anesthésie au contact, pas à la douleur.

Pas de thermo-anesthésie. Réflexe abdominal intact.

Analgésie testiculaire. — Pas d'analgésie.

Pas d'anesthésie cutanée. Atrophie légère surtout de testicule gauche. Pas d'orchites. Pas de crises testiculaires. Plus d'érection. Anaphrodisie depuis 1884. Conservation du réflexe crémasterien.

Traitement. — Suspension. Pas d'amélioration.

Electrisation.

OBSERVATION V (personnelle)

Service de M. Gombault

D... Jean-Victor, 64 ans. Salle Gaillard, n° 13.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures.

Pas de syphilis avouée. Un fils bien portant. Sa femme n'a pas eu de fausses couches.

Tempérament nerveux, se mettant facilement en colère. Pas d'éthylisme.

Son fils a eu un enfant qui après des convulsions est devenu aveugle.

En 1874. — Le malade a commencé à voir double, diplopie qui aurait disparu après un traitement (injections mercurielles onguent mercuriel (K I) ce qui prouve assez son origine.

La vue est allée cependant en s'affaiblissant et au bout de 20 mois, amaurose complète.

En 1875. — Douleurs dans les membres inférieurs; douleurs lancinantes et revenant par crises durant 3 ou 4 jours.

Quelques troubles urinaires mais légers. Anaphrodisie complète.

Jamais de troubles de la marche. Pas d'incoordination.

Etat actuel. — Pas d'incoordination aux membres supérieurs et inférieurs. Persistance de force musculaire. Main gauche 30. Main droite 36.

Réflexes. — Rotulien aboli. Plantaire conservé. Réflexes conservés aux membres supérieurs.

Sensibilité. — Membres supérieurs. — Pas d'analgésie. Léger retard.

Contact très bien senti. Pas de thermo-anesthésie.

Aux membres inférieurs la sensibilité aux trois modes va en diminuant de la racine des membres aux extrémités. Analgésie au niveau des malléoles et du pied.

Œil. — Cécité complète, ne distingue ni le jour ni la nuit. Pas de paralysie des muscles. Pas de ptosis, pas de strabisme. Pupilles égales.

Signe d'Argyll Robertson.

Analgésie trachéale. — Complète. Pas d'anesthésie cutanée. Pas de crises laryngées.

Analgésie épigastrique. — Complète. Pas d'anesthésie cutanée. Réflexe abdominal conservé. Appétit conservé. Pas de crises gastriques.

Analgésie testiculaire. — Incomplète. Testicules normaux. Réflexe crémasterien aboli. Rigidité complète depuis le début de la maladie. Pas d'anesthésie cutanée.

Traitement. — Iodure. Frictions mercurielles. Piqures huile grise. Électricité. Pas d'amélioration.

OBSERVATION VI (personnelle)

(Service de M. Gombault).

B..., Eugène, âgé de 62 ans. Salle Biala, 27.

Antécédents personnels. — Syphilis à 18 ans.

Début de maladie en 1869 par engourdissement au bout des doigts des deux mains.

6 mois après marche difficile. Chutes brusques et dérobolement des jambes.

Vers 1870, fortes douleurs lancinantes aux orteils.

En 1873, le malade commence à perdre ses urines surtout la nuit. Les douleurs devenaient aussi plus fortes.

Douleurs en ceinture et augmentation des troubles de la marche. Incoordination surtout dans l'obscurité.

En 1880, fracture de jambe droite à la suite d'une chute légère. Depuis lors le malade ne peut plus marcher qu'en poussant un chariot devant lui.

Pas de troubles de la vue.

Examen. — *Membres supérieurs.* — Dynamomètre : Main droite 45. Pas d'incoordination. Force conservée. Dynamomètre. Main gauche, 28.

Membres inférieurs. — Grande incoordination. Marche seulement avec un chariot. Consolidation vicieuse de sa fracture.

Réflexes. — Rotulien aboli. Plantaire aboli.

Sensibilité. — Perte de sensation du sol.

Sensibilité au contact aboli des deux côtés, intacte à la douleur et à la température.

Perte de notion de position des jambes.

Aux membres supérieurs. — Sensibilité au contact intacte, à douleur léger retard.

Pas de thermo-anesthésie.

Yeux. — Pupilles égales. Pas de ptosis. Pas de paralysies. Signe d'Argyll Robertson.

Vessie. — Urine difficilement depuis 10 ans. Est obligé de pousser. Pollakiurie.

Analgesie trachéale. — Pas d'analgesie.

Pas d'anesthésie cutanée. Pas de crises laryngées.

Analgesie épigastrique. — Incomplète. Forte pression ressentie. Anesthésie cutanée à la douleur. Contact senti. Pas de thermo-anesthésie. Réflexe abdominal exagéré.

Pas de crises gastriques.

Analgésie testiculaire. — Complète. Perte du réflexe crémasterien. Pas d'anesthésie cutanée. Testicules normaux. Rigidité. Pas d'érection depuis 1871.

OBSERVATION VII (personnelle).

Service de M. Gombault.

V... Léger, 64 ans, salle Biala, n° 4.

Antécédents personnels. — Pas de syphilis (le nie absolument). Pas d'éthylisme. Marié. Pas d'enfants. Sa femme n'a pas eu de fausses couches.

Début. — En 1883, douleurs dans les deux membres inférieurs, surtout à gauche au genou ; type fulgurant, revenant par crises durant 12 heures et survenant tous les deux ou trois jours.

Dix ans après, le malade s'aperçoit que ses jambes fléchissent. Il ne peut plus continuer son métier de maçon et depuis l'incoordination survint.

Vers la même époque, le malade avait remarqué que sa vue baissait. Pas de ptosis. Pas de strabisme.

Examen. — Le malade ne peut se tenir debout qu'avec un appui et écarte les jambes en marchant. Signe de Romberg au plus haut point. Lance les jambes à droite et à gauche et talonne. Atrophie musculaire. Diminution de la force musculaire.

Moins d'incoordination aux membres supérieurs.

Dynamomètre : main gauche, 23.

— — droite, 27.

Réflexes. — Rotulien, totalement aboli.

Plantaire, diminué.

Normaux aux membres supérieurs.

Sensibilité. — Vives douleurs à type fulgurant survenant tous les deux ou trois jours.

Perte du sens musculaire.

Sensibilité à la douleur perçue, mais erreur de lieu et retard.

Sensibilité au contact très diminuée.

Pas de thermo-anesthésie.

Engourdissements des membres supérieurs.

Pas d'anesthésie aux trois modes.

Yeux. — Diplopie il y a 6 ou 7 ans. N'existe plus maintenant.

Myosis très accusé. Signe d'Argyll. Acuité visuelle diminuée.

Ni troubles urinaires, ni troubles trophiques.

Analgesie trachéale. — Complète. Pas anesthésie cutanée.

Pas de crises laryngées.

Analgesie épigastrique. — Incomplète. Anesthésie à la douleur incomplète avec léger retard. Réflexe abdominal conservé.

Pas de perte d'appétit.

Analgesie testiculaire. — Atrophie plus prononcée à gauche. Analgesie complète. Pas d'anesthésie cutanée. Frigidité depuis le début de ses douleurs fulgurantes. Dernières pertes séminales il y a 5 ou 6 ans. Réflexe conservé.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Service de M. Gombault.

L... François, âgé de 62 ans. Montesquieu, n. 16.

Antécédents héréditaires. — Une sœur internée à l'hospice de Vaucluse.

Tardif

Antécédents personnels. — Fièvres intermittentes à 25 ans.

Le malade ne se rappelle pas avoir eu la syphilis, mais chute des cheveux, maux de gorge fréquents. Enfin on trouve sur le corps et surtout sur le dos et aux cuisses des cicatrices et des macules.

Marié. Pas d'éthylisme bien net.

Début de maladie actuelle en 1890, par vives douleurs dans les jambes, durant 2 heures, localisées surtout aux cuisses et aux genoux. Sensation de broiement aux chevilles.

En 1894, hémiplegie au sortir de table, qui dure 6 semaines.

En 1895, deuxième attaque dans les mêmes conditions.

En 1896, troisième attaque. Il resta deux mois couché.

Depuis il marchait très difficilement avec 2 appuis.

Examen. — Si au lit, on lui fait élever la jambe, il le fait, mais avec grande incoordination plus marquée à gauche. Force musculaire conservée.

Le malade ne peut se tenir seul debout.

Soutenu par deux aides il fait quelques pas en lançant les jambes et entalonnant.

Aux membres supérieurs, incoordination marquée.

Le malade n'atteint qu'avec peine le bout de son nez avec le doigt.

Dynamomètre : main droite 21.

— gauche 18.

Sensibilité. — Au tact, conservée partout.

A la douleur, notablement diminuée surtout à gauche.

Retard de sensibilité thermique.

Pas de perte de sens musculaire. Mains engourdis.

Retard considérable à la douleur des deux côtes. Pas de thermo-anesthésie.

Yeux. — Pas de paralysie. Myosis des deux côtes.

Signe d'Argyll. Pas de dyschromatopsie.

Ouïe très affaiblie, surtout à gauche.

Pas de troubles vésicaux.

Analgésie trachéale. — Incomplète.

Hyperalgésie cutanée à la douleur. Pas d'anesthésie au contact et à la température. Pas de crises laryngées.

Analgésie épigastrique. — Pas d'analgésie.

Hyperesthésie cutanée. Réflexe abdominal exagéré. Pas de crises gastriques. Appétit conservé.

Analgésie testiculaire. — Pas d'analgésie. Testicules normaux.

Réflexe crémasterien aboli à droite, conservé à gauche. Rigidité complète depuis 5 ans. Pas d'anesthésie cutanée.

OBSERVATION IX (Personnelle).

Service de M. Gombault.

B... Joseph, âgé de 73 ans. Salle Condillac, n° 15.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 5 ans. Chorée à 13 ans. Blennorrhagie à 20 ans. Pas de syphilis avouée, mais au niveau du prépuce on constate large cicatrice.

Début, à l'âge de 45 ans, par douleurs dans les membres inférieurs, douleurs survenant par crises et siégeant aux jambes et à l'anus. Crises testiculaires violentes à ce moment.

Tout se borne là jusqu'à l'âge de 60 ans. A ce moment, douleurs fulgurantes et engourdissements des bras. Troubles de la marche. Fracture spontanée de la jambe gauche. Dérobements fréquents des jambes.

Examen. — *Membres inférieurs.* — Le malade peut marcher,

mais à petits pas en s'appuyant sur une canne, la jambe gauche est plus rigide. Il talonne légèrement.

Signe de Romberg très évident.

Faiblesse permanente au niveau des bras, mais pas d'incoordination.

Dynamomètre : à droite 20.

— à gauche 14.

Sensibilité. — Douleurs violentes aux testicules et à l'anus, plus violentes la nuit.

Analgesie très marquée aux membres inférieurs. Contact senti mais avec retard. Pas de thermo-anesthésie. Perte de notion de position des jambes.

Grosse analgesie au niveau des deux membres supérieurs, plus accentuée à droite.

Engourdissements dans les deux mains.

Sens du tact très diminué.

Réflexes. — Réflexe plantaire plutôt exagéré, rotulien conservé.

Réflexes conservés aux membres supérieurs.

Yeux. — Signe d'argyll Robertson. Pupille droite plus petite.

Taie sur la cornée gauche.

Pas de paralysies oculaires.

Analgesie trachéale. — Incomplète. Hyperesthésie cutanée. Pas de crises laryngées.

Analgesie épigastrique. — Pas d'analgesie.

Anesthésie cutanée au contact et à la piquûre. Pas de crises gastriques. Réflexe abdominal aboli.

Analgesie testiculaire. — Testicules normaux. *Hyperalgésie* très marquée. La moindre pression fait crier le malade. Crises testiculaires. Réflexe crémasterien aboli des deux côtés. Pas d'anesthésie cutanée.

OBSERVATION X

(*Service de M. Gombault*).

D...Jules, âgé de 44 ans, commis-voyageur, salle Turgot, n° 35.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 57 ans, apoplexie cérébrale.

Mère vivante, asthmatique.

Marié à 33 ans, 3 enfants bien portants, sa femme n'a jamais eu de fausses couches.

Pas d'éthylisme. Pas de syphilis apparente. Début de maladie en août 1896, par faiblesses dans les jambes. Chutes fréquentes et un peu d'incoordination.

En même temps embarras de la parole. Bredouillement. De plus le malade s'aperçut qu'il tremblait en écrivant. Son écriture devenait illisible.

Pas de troubles de l'intelligence et de la mémoire, mais irritabilité plus grande, tristesse.

Diminution notable de la capacité génésique. Ses troubles allèrent en augmentant et il fut obligé de cesser tout travail en janvier 1898.

Examen. — Incoordination assez marquée. Le malade jette les jambes à droite et à gauche et talonne. Signe de Romberg. Conservation de force musculaire.

Peu d'incoordination aux membres supérieurs. Le malade devient plus maladroit.

Dynamomètre : à droite 29 ; à gauche 18.

Réflexes. — Plantaire diminué.

Rotulien et du tendon d'Achille abolis.

Aux membres supérieurs intact.

Sensibilité. — Pas de perte du sens musculaire.

Analgsie très nette.

Un peu d'anesthésie au contact avec retard de 3 secondes.

Thermo-anesthésie plus prononcée aux cuisses.

Pas de troubles de la sensibilité aux membres supérieurs.

Tact seulement un peu affaibli.

Incontinence des matières fécales.

Pas de troubles vésicaux.

Pas de troubles oculaires.

-Troubles de l'intelligence. Légère diminution de la mémoire.

Crises de larmes et de joie. Lit assez correctement mais écrit difficilement. Irritabilité.

Analgsie trachéale. — Complète.

Anesthésie cutanée au contact et à la douleur.

Pas de crises laryngées.

Analgsie épigastrique. — Incomplète. Anesthésie cutanée.

Réflexe abdominal conservé. Appétit bon. Pas de crises gastriques.

Analgsie testiculaire. — Complète. Légère atrophie des deux testicules. Pertes seminales. Perte du sens génital. Réflexe crémasterien diminuée. Pas d'anesthésie cutanée.

CONCLUSIONS

I. — A côté des anesthésies communes dans le tabes peuvent prendre place des analgésies viscérales profondes, trachéale, mammaire, épigastrique et testiculaire.

II. — Ces analgésies sont complètes ou incomplètes : complètes lorsque la pression ou la percussion ne déterminent aucun phénomène douloureux dans les régions trachéale sous-cricoïdienne, mammaire, épigastrique et testiculaire : incomplètes lorsque la pression seule n'est pas ressentie à ce niveau.

III. — Ces analgésies doivent être recherchées avec précaution suivant la technique indiquée au chapitre premier. Elles sont très fréquentes. Les analgésies trachéale et testiculaire se rencontrent dans les deux tiers des cas : les analgésies mammaire et épigastrique dans la moitié des cas environ.

IV. — Ces analgésies n'ont aucun rapport avec l'anesthésie cutanée des régions correspondantes, avec la conservation, l'exagération ou l'abolition des réflexes locaux ou avec l'âge du sujet.

Au contraire il semble qu'il y ait un rapport plus direct entre ces analgésies et l'âge de la maladie, l'existence de crises gastriques, trachéales ou testiculaires antérieures, la perte ou diminution de la sensation de la faim et la perte du sens génital.

V. — A côté de ces analgésies doivent se placer des hyperalgésies de ces mêmes régions. Ces hyperalgésies sont relativement rares. Leurs rapports avec l'anesthésie cutanée, les réflexes locaux, etc., etc., sont les mêmes que pour les analgésies.

VI. — La pathogénie de ces analgésies n'est pas élucidée. Il semble plus vraisemblable de les rattacher à des névrites viscérales analogues aux névrites périphériques. De même la valeur seméiologique et le pronostic de ces analgésies doivent être réservés. Cependant on peut, à ce dernier point de vue, faire ressortir que ces analgésies existent le plus souvent chez des tabétiques à une période avancée de leur maladie.

VII. — Le traitement de ces analgésies ne diffère pas du traitement des autres manifestations sensibles du tabes. Le traitement antisyphilitique, électrique, et par le nitrate d'argent n'ont donné aucune amélioration. L'élongation et la suspension ont donné quelques améliorations et restent, sauf contre-indications, le traitement de choix.

Une mention spéciale doit être réservée au massage, qui dans un cas a amené une notable amélioration.

Vu par le président de la thèse,

RAYMOND.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

AXENFELD. — Art. Ataxie locomotrice progressive in Dict. De-chambre. T. VII.

BITOT et SABRAZÈS. — Revue de médecine, nov. 1891. P. 897.
L'analgésie et l'atrophie des testicules dans l'ataxie loco-motrice progressive.

BRISSAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses, 1895.

BROUARDEL. — La Pendaïson. Baillière. Paris, 1897.

BROUARDEL. — La mort et la mort subite. Paris, 1895. Page 166

BROWN SEQUARD. — Influence curative du liquide testiculaire dans l'ataxie (Société de Biologie, 1893, 365-367).

CHARCOT. — Leçons de la Salpêtrière, 1878.

CHARCOT. — Leçons du mardi, 15 janvier 1889.

CHIPAULT. — Recherches sur la topographie des troubles sen-sitifs chez les tabétiques. Médecine moderne 1897, 345-347.

DÉJÉRINE. — Altération des nerfs cutanés chez les ataxiques Archives de Physiologie, juillet 1885.

— Société de Biologie, 18 octobre 1884.

DÉJÉRINE. — Anatomie pathologique du tabès dorsalis. Semaine médicale, 1892.

DUCHENNE DE BOULOGNE. — Séance de l'Académie des Sciences (29 nov. 1858).

DUCHENNE DE BOULOGNE. — Archives générales de médecine (juillet 1852 et suivants).

DUJARDIN-BEAUMETZ. — De l'ataxie locomotrice progressive. Thèse de doct., Paris, 1862.

ENGEL. — De la syncope d'origine traumatique. Thèse de doctorat. Paris, 1877.

ERB. — Le traitement de l'ataxie. Revue de thérap. médicale et chirurgicale, 1897, LXIV, 285-291.

ERB. — Syphilis und tabes. Berlin Klin. Woch., 1896, V. II.

A. FOURNIER. — Leçons sur la période préataxique des tabes d'origine syphilitique, 1885.

A. FOURNIER. — Traitement de la syphilis, 1893.

FRENKEL. — L'Hypotonie musculaire dans le tabes. Presse médicale 20 juillet, 1898.

GILLES DE LA TOURETTE. — L'élongation de la moelle épinière. Académie de médecine, 7 décembre 1897, et Presse médicale, 8 décembre 1897.

GILLES de la TOURETTE et CHIPAULT. — Le traitement de l'ataxie locomotrice par l'élongation. Nouvelle iconographique de la Salpêtrière, 1898 X, 145-154.

GRASSET. — Leçons sur les maladies du système nerveux. Montpellier, 1886.

GROCCO et FUSARI. — Cités par Pitres. Névrites périphériques juillet 1886. Revue de médecine.

LANDRY. — Nosographie. t. V p. 317. Paris 1846.

J. LECLERC. — Les traitements actuels du tabes. Thèse de doctorat Paris 1899.

MARCÉ. — Thèse agrégation, Paris 1860.

MARIE. — Traité de médecine.

MARIE. — Leçons sur les maladies de la moelle épinière. Paris 1892.

DE MASSARY. — Le tabes dorsalis. Thèse de Doctorat. Paris 1896.

MINOVICI. — Etude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups sur l'abdomen et le larynx. Thèse de docteur, Paris 1888.

OBOLENSKY. — Analysé in Gazette hebdomadaire, 1868, p. 590.

OLLIVIER D'ANGERS. — Maladies de la moelle épinière, t. II, p. 455, 2^e édition, 1835.

A. PITRES. — Journal de neurologie, 20 octobre 1898. De l'analgésie épigastrique profonde chez les tabétiques.

A. PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme Paris 1891, T. I, p. 122.

A. PITRES. — Société anatomique de Bordeaux, 1886.

A. PITRES et VAILLARD. — Névrites tabétiques périphériques. Revue de médecine, juillet 1886.

RAYMOND. — Leçons sur les scléroses systématiques du système nerveux. Paris, 1897.

RAYMOND. — Clinique des maladies du système nerveux. Paris, 1897.

RAYMOND et ARTHAUD. — Société de biologie, juillet 1882. Lésions des ganglions sympathiques dans le tabès.

RAYMOND. — Evolution générale du tabès. Presse Médicale, 1896. 337-343.

RICHET. — Société de biologie, 1876.

RIVIÈRE. — De l'anesthésie et de l'atrophie testiculaires dans l'ataxie locomotrice progressive. Thèse de Doctorat Bordeaux 1896.

ROMBERG. — Traité des maladies nerveuses, 1851.

A. SICARD. — De l'analgésie trachéale profonde chez les tabétiques. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 23 février 1899. P. 199.

TOPINARD. — De l'ataxie locomotrice. Paris, 1864.

TRIFAUD. — Des troubles de la sensibilité dans l'ataxie locomotrice progressive. Thèse de Doctorat. Paris, 1876.

TROUSSEAU. — Clinique médicale. Hôtel-Dieu de Paris. 6^e édition, p. 601.

TROUSSEAU. — Art. Ataxie locomotrice in Dict. Jaccoud. T. III.

VIRCHOW. — Pathologie cellulaire, p. 235.

VULPIAN. — Dict. encyclop. des sciences médicales, art. moelle épinière.

